

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN

CENTRO DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO

**DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN
ESCOLAR**



TESIS DOCTORAL

**Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de
tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la
comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Jimena Paola Mantilla García

DIRECTORA

Belén Sáenz Rico de Santiago

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Departamento de Didáctica y Organización Escolar



**DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TEMPRANA
EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE ALTO RIESGO
BIOLÓGICO Y AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA
COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA PROVINCIA DE
TUNGURAHUA**

**MEMORIA PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Jimena Paola Mantilla García

Bajo la dirección de la doctora

Belén Sáenz Rico de Santiago

MADRID, 2015

© Jimena Paola Mantilla García, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Centro de Formación del Profesorado

Departamento de Didáctica y Organización Escolar



TESIS DOCTORAL

**DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TEMPRANA
EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE ALTO RIESGO
BIOLÓGICO Y AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA
COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA PROVINCIA DE
TUNGURAHUA**

DOCTORANDA

JIMENA PAOLA MANTILLA GARCÍA

DIRECTORA

Dra. Belén Sáenz Rico de Santiago PhD.

MADRID, 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El presente trabajo de investigación y las opiniones aquí vertidas son de absoluta responsabilidad de la autora.

Jimena Paola Mantilla García

Autora

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones recibidas a lo largo de mi vida, quien me ha sustentado con la diestra de su justicia, Gracias Señor.

A mis padres mis mejores ejemplos y mis mejores maestros.

En memoria de mi papi, siempre te llevo en mi corazón.

A mi hermano Iván, mi ángel que está en el cielo.

A mi hijo Mauricio Andrés, lo más bello que tengo en la vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato y a la Universidad Complutense de Madrid, prestigiosas Instituciones de Educación Superior, mi profundo agradecimiento por permitirme ser parte de éste exitoso programa de formación académica, reconozco el esfuerzo que ha significado llevar adelante el Programa de Doctorado para ambas Instituciones, mil gracias por habernos dado la oportunidad de formarnos como profesionales de alto nivel y de esa manera aportar a un futuro mejor de nuestro país.

Agradezco especialmente a mi directora de tesis Doña Belén Sáenz Rico de Santiago, el afecto y la paciencia que me ha expresado a lo largo del desarrollo de mi trabajo de investigación, motivándome y alentándome para la consecución de mis metas con esfuerzo, constancia y arduo trabajo. Mil gracias por todo tu apoyo, conocimientos y experiencia.

Mi agradecimiento a todas aquellas personas que de cierta manera hicieron posible la realización del presente estudio.

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA	4
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	8
ÍNDICE GENERAL.....	9
ÍNDICE DE CUADROS	20
ÍNDICE DE TABLAS	23
ÍNDICE DE GRÁFICOS	26
RESUMEN EJECUTIVO	28
ABSTRACT	34
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	38
1.1 Introducción	38
1.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	42
1.2.1 Situación de la atención a la primera infancia en América Latina y el Caribe	42
1.2.2 Desarrollo Infantil Temprano en Latinoamérica y el Caribe ...	50
1.2.3 La población Indígena del Ecuador	57
1.2.3.1 Análisis Socio Histórico de la Población Indígena del Ecuador.....	58
1.2.3.2 El Pueblo Indígena de Salasaca. Análisis de los aspectos socio-históricos y ancestrales de su cultura	62
1.2.3.3 Desarrollo Infantil de la población indígena de Salasaca	66

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO	70
2.1 FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA Y LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	70
2.1.1 Atención Temprana	70
2.1.2 Evolución de la Atención Temprana	73
2.1.3 Fundamentación de la Atención Temprana.....	75
2.1.4 Objetivos de la Atención Temprana.....	79
2.1.5 Principios de la Atención Temprana	80
2.1.6 Destinatarios de la Atención Temprana.....	83
2.1.7 Áreas de intervención.....	84
2.1.8 Marco Normativo de la Atención Temprana	86
2.1.9 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF - OMS	88
2.1.10 Marco Normativo de la atención temprana en Ecuador.....	110
2.1.11 Modelos de intervención.....	115
2.1.11.1 Programas de seguimiento individual	117
2.1.11.2 Programas grupales - Modelos de intervención familiar	117
2.1.11.3 Modelos de Intervención Familiar	118
2.1.12 Modelo integral de intervención en atención temprana	125
2.2 Políticas Públicas de Desarrollo Infantil integral para la primera infancia en el Ecuador	126
2.2.1 Políticas Públicas de Desarrollo Infantil Integral.....	126

2.2.2 Procesos Desarrollo Integral	128
2.2.2.1 Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral	129
2.2.2.2 Dirección de Política de Desarrollo Infantil Integral.....	130
2.2.2.3 Dirección de Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir	131
2.2.2.4 Dirección de Servicio Creciendo con Nuestros Hijos	132
2.2.2.5 Dirección de Familia.....	133
2.3 Políticas públicas en materia de inclusión y movilidad para la primera infancia	135
2.3.1 Política de Protección Especial	138
2.3.2 Subsecretaría de Discapacidades	139
2.3.3 Dirección de Inclusión Social.....	140
2.3.4 Dirección de Prestación de Servicios	141
2.4 Inversión del estado en el área social y comunidades indígenas .	144
2.4.1 Programas de atención integral a la niñez	148
2.4.2 Estrategia intersectorial de la primera infancia en Ecuador	150
2.4.2.1 Indicadores de la estrategia intersectorial de la primera infancia en Ecuador	152
2.4.3 Programas de atención integral a la niñez: estrategia hacia la desnutrición cero	155
2.4.4 Los estándares de calidad en las modalidades de atención infantil.....	158

2.4.5 Implementación, infraestructura y equipamiento en los servicios de desarrollo infantil integral.....	163
2.4.6 Equipo técnico para el desarrollo de la primera infancia	164
2.4.6.1 Conformación del equipo del talento humano	164
2.4.6.2 Equipo promotor del desarrollo infantil integral	165
2.4.6.3 Roles y funciones de la coordinadora de desarrollo infantil integral	167
2.5 El estado ecuatoriano y la implementación de programas de desarrollo infantil integral para la primera infancia en comunidades indígenas	178
2.5.1 Presupuesto asignado para programas de desarrollo infantil en el Ecuador	179
2.5.2 Proyectos ejecutados en la comunidad indígena de Salasaca	181
2.5.3 Programas de atención integral a la niñez	183
2.5.4 Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir y la Comunidad de Salasaca.....	189
2.5.4.1 Cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir y la Comunidad de Salasaca.....	192
2.6 DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN MENORES DE TRES AÑOS	195
2.6.1 Factores de riesgo en el desarrollo infantil en la primera infancia	195
2.6.1.1 Factores socioculturales.....	196

2.6.1.2 Factor biomédico.....	200
2.6.1.2.1 Factor biológico.....	200
2.6.1.2.2 Factores genéticos.....	200
2.6.1.2.3 Factores prenatales.....	200
2.6.1.2.4 Factores perinatales.....	201
2.6.1.2.5 Factores postnatales.....	201
2.7 Factor psicológico.....	201
2.8 Factores socioculturales internos.....	202
2.9 Factores del ciclo vital.....	202
2.10 Factores socioculturales externos.....	202
2.10.1 Relación de los factores socioculturales y económicos con el desarrollo integral del niño/a	203
2.10.2 Familia y crianza del niño/a	205
2.10.3 Contexto escolar y su influencia en el desarrollo del niño/a	207
2.11 Alteraciones en el desarrollo infantil	209
2.11.1 Alteraciones prenatales	213
2.11.1.1 Factores de riesgo prenatales.....	213
2.11.2 Alteraciones perinatales	214
2.11.3 Alteraciones posnatales	216
2.12 Factores Ambientales	216
2.13 Factores Biológicos.....	218

2.14 Evaluación del desarrollo infantil.....	219
2.14.1 Características del desarrollo infantil.....	221
2.14.2 Instrumentos de evaluación del desarrollo infantil	222
2.14.3 Evaluación con instrumentos estandarizados	224
2.14.3.1 Principales Escalas de Evaluación Infantil	224
2.14.3.1.1 Escalas de desarrollo Merrill- Palmer revisadas (MP-R) (Roid – Sampers, 2004)	224
2.14.3.1.2 Escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine Revisada (BL- R).....	227
2.14.3.1.3 Currículo Carolina	228
2.14.3.1.4 Brazelton Escala para la evaluación del comportamiento neonatal.....	228
2.14.3.1.5 Escala del desarrollo Kaufman (Edición Española) ..	229
2.14.3.1.6 Test de Desarrollo Infantil Denver	230
2.14.3.1.7 Escalas Bayley de Desarrollo Infantil	230
2.15 ESTADO DE LA CUESTIÓN: INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	235
CAPÍTULO 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	240
3.1 OBJETIVOS.....	240
3.1.1 General.....	240
3.1.2 Específicos	240
3.2 HIPÓTESIS	241
3.3 METODOLOGÍA	242

3.3.1 Enfoque y Diseño Investigativo	242
3.3.1.1 Enfoque.....	242
3.3.1.2 Diseño	243
3.4 Fundamentación Filosófica	244
3.5 Modalidad de la Investigación.....	245
3.6 Delimitación Temporal	246
3.7 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA	246
3.7.1 Población.....	246
3.7.2 Muestra	247
3.7.2.1 Criterios de Inclusión.....	249
3.7.2.2 Criterios de Exclusión.....	249
3.8 VARIABLES	249
3.8.1 Variable Independiente.....	249
3.8.2 Variable Dependiente	250
3.9 Operacionalización de Variables.....	251
3.9.1 Variable Independiente.....	251
3.9.2 Variable Dependiente	252
3.10. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	253
3.10.1 Técnicas de recogida de datos.....	253
3.10.2 Cuestionario	254
3.10.2.1 Diseño del cuestionario	255
3.10.2.2 Elaboración del cuestionario	256

3.10.3 Validación del Cuestionario	257
3.10.3.1 Fiabilidad del Cuestionario	259
3.10.3.2 Fases del Estudio de Campo	263
3.10.3.3 Recogida de información – Aplicación de Cuestionarios	266
3.10.3.4 Técnica de Recogida de Datos Cuantitativos.....	268
3.10.4 Tratamiento de datos.....	271
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..	273
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL, ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO Y MADRES DE FAMILIA.....	273
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY III (BAYLEY SCALES OF INFANT DEVELOPMENT – BSID)	296
4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	336
4.4.1 Planteamiento de Hipótesis.....	336
4.4.2 Elección del estimador estadístico	337
4.4.3 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión	338
4.4.4. Cálculo de Chi-cuadrado	340
4.4.5 Conclusión o Decisión final	341
4.4.6 Elección del estimador estadístico	342

4.4.7 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión	342
4.4.8 Cálculo de Chi-cuadrado	344
4.4.9 Conclusión o Decisión final	345
4.4.10 Elección del estimador estadístico	346
4.4.11 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión	346
4.4.12 Cálculo de Chi-cuadrado	348
4.4.13 Conclusión o Decisión final	349
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	351
5.1 CONCLUSIONES	351
5.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	361
CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE INNOVACIÓN	364
6.1 TEMA.....	366
6.2 ANTECEDENTES.....	366
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	370
6.4. OBJETIVOS.....	373
6.4.1 Objetivo General	373
6.4.2 Objetivos Específicos	373
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	374
6.6 FUNDAMENTACIÓN	375
6.6.1 Intervención Temprana.....	375

6.6.2. Modelos de Intervención	377
6.6.2.1 Modelo Ecológico – Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.....	378
6.6.3 Fundamentación Legal	379
6.6.3.1 Marco legislativo de la Atención Temprana.....	379
6.6.3.2 Legislación Internacional.....	380
6.6.3.3 Legislación Europea.....	382
6.6.3.4 Legislación Ecuatoriana	384
6.7 DESARROLLO DE LA PROPUESTA	392
6.7.1 Política Pública de Desarrollo Infantil Integral.....	392
6.7.2 Líneas Estratégicas de Acción	393
6.7.3 Componentes	394
6.7.3.1 Detección	394
6.7.3.2 Diagnóstico	395
6.7.3.3 Plan de Intervención	396
6.7.4 VINCULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN Y LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	397
6.7.4.1 VINCULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN Y EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	398
6.7.4.2 Competencias de los Entidades del Estado Ecuatoriano en la Prevención de Trastornos en el Desarrollo Infantil y la	

ejecución de Programas de Intervención Temprana en la Primera Infancia	399
6.8 METODOLOGÍA	402
6.9 MODELO OPERATIVO.....	410
BIBLIOGRAFÍA.....	414
Bibliografía.....	414
ANEXOS	417
Anexos 1. ENCUESTAS	417
Anexo 2 SIGLAS Y ACRÓNIMOS	444

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 Visión general de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, CIF - OMS	90
CUADRO No. 2 Funcionamiento y discapacidad.....	92
CUADRO No. 3 Factores contextuales	92
CUADRO No. 4 Normativo Comparativo en el Contexto Europeo.....	95
CUADRO No. 5 Equipo Promotor del Desarrollo Infantil Integral.....	166
CUADRO No. 6 Cobertura y Presupuesto Desarrollo Infantil 2006 – 2010	180
CUADRO No. 7 Cobertura INFA por grupo de edad. Septiembre 2011	180
CUADRO No. 8 Modalidades de Desarrollo Infantil en el Ecuador....	185
CUADRO No. 9 Fases, objetivos, ejecutores e instrumentos de evaluación.....	233
Cuadro No. 10 UNIVERSO	247
CUADRO No. 11 POBLACIÓN Y MUESTRA	248
CUADRO No. 12 Técnica e instrumentos	253
CUADRO No. 13 Estadísticos de fiabilidad	261
CUADRO No. 14 Fiabilidad de la escala	262
CUADRO No. 15 Estadísticos de fiabilidad	262
CUADRO No. 16 Fiabilidad de la escala	263
CUADRO No. 17 Encuestas aplicadas en Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs.....	267

CUADRO No. 18 Estadísticos de fiabilidad	297
CUADRO No. 19 Fiabilidad de la Escala Bayley (0 a 12 meses).....	297
CUADRO No. 20 Estadísticos de Fiabilidad	297
CUADRO No. 21 Fiabilidad de la Escala Bayley (13 a 24 meses).....	298
CUADRO No. 22 Estadísticos de Fiabilidad	298
CUADRO No. 23 Fiabilidad de la Escala Bayley (24 a 36 meses).....	298
CUADRO No. 24 Puntuaciones Globales	¡Error! Marcador no definido.
Subescalas Cognitiva y Motora por grupo etario	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 25 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 26 Valores mínimos, máximos, media y frecuencias de las subescalas cognitiva y motora	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 27 Puntuaciones Globales Subescalas Cognitiva y Lenguaje por grupo etario	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 28 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 29 Puntuaciones Globales Subescalas Cognitiva y Socioemocional por grupo etario	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No. 30 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	¡Error! Marcador no definido.
CUADRO No.31 Valores mínimos, máximos, media y frecuencias de las subescalas cognitiva y socioafectiva	¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 32 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON
..... ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 33 Puntuaciones Globales Subescalas Cognitiva y
Motora por grupo etario ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 34 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON
..... ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 35 Valores mínimos, máximos, media y frecuencias de
las subescalas cognitiva y motora de 13 a 24 meses ...¡Error! Marcador
no definido.

CUADRO No. 36 Puntuaciones Globales Subescalas Cognitiva y
Lenguaje por grupo etario ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 37 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON
..... ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 38 Valores mínimos, máximos, media y frecuencias de
las subescalas cognitiva y lenguaje de 13 a 24 meses.¡Error! Marcador
no definido.

CUADRO No. 39 Puntuaciones Globales Subescalas Cognitiva y
Socioemocional por grupo etario ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 40 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON
..... ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 41 Valores mínimos, máximos, media y frecuencias de
las subescalas cognitiva y socioafectiva de 13 a 24 meses¡Error!
Marcador no definido.

CUADRO No. 42 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON
..... ¡Error! Marcador no definido.

CUADRO No. 43 PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL NIÑO/A ...405

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO. 1 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS	274
TABLA No. 2 TABLAS DE COMPARACIÓN ENTRE ROLES: TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL Y ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO.....	275
TABLA No. 3 TABLAS DE COMPARACIÓN ENTRE ROLES POR PORCENTAJES: TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL Y ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO.....	276
TABLA No. 4 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS (MADRES DE FAMILIA).....	281
TABLA No. 5 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	284
TABLA No. 6 LAS RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOGAR.....	285
TABLA No. 7 SU FAMILIA ESTÁ CONSTITUIDA POR.....	286
TABLA No. 8 RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON EL NIÑO.....	287
TABLA No. 9 NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO QUE TIENE LA FAMILIA.....	288
TABLA No. 10 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS PORCENTAJE (MADRES DE FAMILIA)	289
TABLA No. 11 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE	295
TABLA No. 12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY (0 a 36 meses).....	299
TABLA No. 13 PRUEBAS DE NORMALIDAD	301

TABLA No. 14 RANGOS ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY	302
TABLA No. 15 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE	303
TABLA No. 16 CORRELACIONES	303
TABLA No. 17 ANÁLISIS DE CRUCE DE VARIABLES	306
TABLA No. 18 CONDICIONES PRECARIAS Y ENFERMEDAD	308
TABLA No. 19 CONFLICTOS, AMBIENTE FAMILIAR Y DESARROLLO	311
TABLA No. 20 ESPACIO FÍSICO Y DESARROLLO DE HABILIDADES	314
TABLA No. 21 CRIANZA, COSTUMBRES, TRADICIONES	316
Y DESARROLLO	316
TABLA No. 22 SEPARACIÓN MADRE – NIÑO/A Y DESARROLLO.	319
TABLA No. 23 TRABAJO, FAMILIA Y ESTIMULACIÓN	322
TABLA No. 24 MIGRACIÓN, INGRESOS FAMILIARES Y DESARROLLO	325
TABLA No. 25 CONTEXTO CULTURAL Y DESARROLLO	328
TABLA No. 26 TALLA, NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE	331
TABLA No. 27 ATENCIÓN MÉDICA, MORTALIDAD INFANTIL y POBREZA.....	334
TABLA No. 28 TABLA DE CONTINGENCIA	339
TABLA No. 29 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	340
TABLA No. 30 TABLA DE CONTINGENCIA	343

TABLA No. 31 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	344
TABLA No. 32 TABLA DE CONTINGENCIA	347
TABLA No. 33 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	348

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1 SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA – MIES	143
GRÁFICO No. 2 COMPARATIVO ENTRE ROLES DE PERSONAL A CARGO DE CIBV	277
GRÁFICO No. 3 MADRES DE FAMILIA	283
GRÁFICO No. 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	284
GRÁFICO No. 5 LAS RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOGAR.....	285
GRÁFICO No. 6 SU FAMILIA ESTÁ CONSTITUIDA POR.....	286
GRÁFICO No. 7 RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON EL NIÑO.....	287
TABLA No. 8 NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO QUE TIENE LA FAMILIA.....	288
GRÁFICO No. 9 FRECUENCIAS PORCENTAJE (MADRES DE FAMILIA).....	291
GRÁFICO No. 10 PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS.....	301
GRÁFICO No. 11 AFECTIVIDAD Y CRECIMIENTO	307
GRÁFICO No. 12 CONDICIONES PRECARIAS Y ENFERMEDAD...	309
GRÁFICO No. 13 CONFLICTOS, AMBIENTE FAMILIAR Y DESARROLLO	312
GRÁFICO No. 14 ESPACIO FÍSICO Y DESARROLLO DE HABILIDADES	315

GRÁFICO No. 15 CRIANZA, COSTUMBRES, TRADICIONES.....	317
Y DESARROLLO	317
GRÁFICO No. 16 SEPARACIÓN MADRE – NIÑO/A Y DESARROLLO	320
GRÁFICO No. 17 TRABAJO, FAMILIA Y ESTIMULACIÓN	323
GRÁFICO No. 18 MIGRACIÓN, INGRESOS FAMILIARES Y DESARROLLO	326
GRÁFICO No. 19 CONTEXTO CULTURAL Y DESARROLLO.....	329
GRÁFICO NO. 20 TALLA, NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE	332
GRÁFICO No. 21 ATENCIÓN MÉDICA, MORTALIDAD INFANTIL Y POBREZA.....	335
GRÁFICO No. 22 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN.....	340
GRÁFICO No. 23 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN.....	344
GRÁFICO No. 24 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN.....	348

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO Y AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA PROVINCIA DE TUNGURAHUA.

Autora: Lic. Mg. Paola Mantilla

Directora: Dra. Belén Sáenz Rico PhD

Año 2015

RESUMEN EJECUTIVO

Esta investigación trató como objetivo principal evaluar el perfil de desarrollo y detectar posibles desviaciones que indiquen alto riesgo biológico, social y/o ambiental de los menores indígenas menores de tres años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca – Provincia de Tungurahua. El estudio se realizó con 90 niños/as que asisten a los CIBV, se aplicó la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID), por ser un test estandarizado internacionalmente para investigaciones científicas del desarrollo infantil, con el cual se valora el estado de desarrollo e identifica posibles desviaciones en el desarrollo madurativo en niños y niñas de 0 a 42 meses.

Se aplicaron dos tipos de cuestionarios dirigidos a especialistas que laboran en los centros infantiles del buen vivir (CIBV) y otro a las madres de familia respectivamente, con la finalidad de establecer el

nivel de conocimiento sobre los factores que pueden incidir en el desarrollo infantil durante la primera infancia así como también las pautas de crianza características de la Comunidad Indígena de Salasaca- Provincia de Tungurahua.

Para el diseño del marco teórico se utilizó los métodos de análisis y síntesis, de igual modo se utilizó métodos estadísticos para la interpretación de resultados.

El ámbito del trabajo de esta investigación es de tipo socioeducativo, beneficiando con esta investigación a la sociedad en general, pero de manera particular a los menores en la etapa de la primera infancia y la Comunidad Indígena de Salasaca.

La población indígena del Ecuador se ha caracterizado por los menores logros sociales en relación a la población autodenominada mestiza y negra por el carácter rural de su asentamiento, ha sido atendida en un nivel limitado por parte del Estado, de la sociedad y de las políticas públicas que deberían garantizar que la niñez indígena tenga iguales oportunidades para tener una mejor calidad de vida como lo establece el Plan Nacional del Buen Vivir.

Razones por las cuales esta comunidad presenta altos índices de mortalidad, analfabetismo, desnutrición, así como restringido acceso a servicios básicos, son criados bajo la cultura del castigo, maltrato, abandono familiar, hogares disfuncionales, además de ser una población ancestralmente pobre, estas son algunas situaciones para ser considerados como una población vulnerable y de alto riesgo para presentar trastornos en su desarrollo.

El modelo teórico seleccionado para la presente investigación ha sido el modelo bio-psico-social del desarrollo humano porque explica los cuatro factores que influyen en el desarrollo del individuo a lo largo de su vida, biológicos, psicológicos, socioculturales y del ciclo vital. Además como teoría específica se escogió la teoría socio cultural que reconoce al desarrollo como el resultado de la interacción dinámica entre la persona y la cultura que le rodea.

Para Mussen et. al (1995) El desarrollo es definido como cambios de las estructuras físicas, neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente permanentes.

El Desarrollo Infantil es considerado también como un proceso flexible, global y continuo, que consiste en la adquisición progresiva de funciones, destrezas y habilidades que le van a permitir alcanzar la madurez e interactuar con su entorno para adaptarse a él o modificarlo, este desarrollo no va a ser unidireccional, lineal ni uniforme ya que es el resultado de la influencia de factores internos y externos como: la carga genética, maduración del sistema nervioso, alimentación, nutrición y factores ambientales, socio económicos, culturales y étnicos inclusive. Cuando existe una desviación o alteración en el proceso de maduración como consecuencia de factores genéticos o ambientales se producen los trastornos en el desarrollo.

La Población infantil más sensible es aquella que está en riesgo biológico y ambiental. Se considera de riesgo social cuando el niño y la niña durante su etapa pre, peri y posnatal han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso de desarrollo. Libro blanco de la atención temprana (2005) Federación estatal de asociaciones de

profesionales de atención temprana GAT. Menores de riesgo ambiental cuando carecen de condiciones mínimas para satisfacer sus necesidades básicas y poco favorecedoras para su desarrollo integral.

La identificación y detección oportuna de problemas en el desarrollo del niño y la niña permitirá que sean atendidos lo antes posible en servicios sanitarios, educación y terapéuticos. Esta intervención temprana conseguirá aumentar el desarrollo de los menores con impedimentos y minimizar el retraso en su desarrollo.

Actualmente el Estado ecuatoriano prioriza la atención a la población infantil a través de la implementación de políticas públicas, programas de desarrollo infantil integral y nutrición; que garanticen el desarrollo integral de menores en el país; sin embargo, los recursos destinados para ello son insuficientes y no están canalizados equitativamente para las poblaciones vulnerables como lo es la población indígena del Ecuador.

El bajo nivel de escolaridad de los padres, la necesidad de las madres de salir a trabajar y el entorno familiar poco estimulante no permiten que cumplan su papel trascendente de protección, cuidado, satisfacción de necesidades de la niñez menos aún detectar retrasos o desvíos en el desarrollo de su hijo/a; situación por la que el niño y niña tienen menos oportunidades al acceso de atención adecuada y oportuna.

Por ello es importante su estudio para reflexionar y fomentar el compromiso del Estado, de la comunidad y de la familia en el desarrollo del niño y niña desde la primera infancia con un enfoque de desarrollo humano.

Palabras claves: Detección, diagnóstico, intervención temprana, riesgo biológico y ambiental, primera infancia, trastornos en el desarrollo.

“DETECTION, DIAGNOSIS AND EARLY INTERVENTION ON CHILDREN UNDER THREE YEARS OLD WITH HIGH BIOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL RISK as part of THE INDIAN COMMUNITY Of SALASACA IN TUNGURAHUA”

Author: Lic. Mg. Paola Mantilla

Tutor: Dr. Belén Sáenz.

2015

ABSTRACT

The main objective on this research is to evaluate and detect the profile of development and possible deviations that expouses a high biological, social and / or environmental risk on Indigenous children under three years old who attend to Child Centers of Good Living in the Indigenous Community of Salasaca - Tungurahua. The study was conducted with 90 children whom attend these centers. The Bayley Scale for Infant Development III (Bayley Scales for Infant Development - BSID) was applied to the study, for it was a standardized international test for scientific research on child development. It values the state of development and identifies deficits on children from 0 to 42 months old.

Two types of questionnaires were applied to the Technical Assistants Child Development and to the Daily care Child Centers. Another querionary was used for the mothers of this centers in order to establish the level of knowledge over some factors, which may influence on child

development during early childhood, as well as the parenting patterns characteristic of the indigenous community of Salasaca- Tungurahua.

Analytical, synthetical and statistical methods for results interpretation were used for the Theoretical framework of this work.

The scope of this research is the socio educative type. It benefits generally to all society particularly to children on infant stage and to the Indigenous Community of Salasaca.

The indigenous population of Ecuador has stood out by the lowest social achievements related to the self-proclaimed mestizo and black population due to their rural character of settlement rather than their ethnicity. Salasaca's community is not alienated to this reality. It has been influenced by structural conditions regarding social, economic, political and cultural circumstances. Furthermore, it has been attended under a limited level by the state, the society and the public policy the s hould ensure indigenous children to have equal opportunities for a better quality life as established by the National Plan for Good Living.

Salasaca's community has high rates of mortality, illiteracy, malnutrition, limitation to basic services, abuse, family neglect and broken homes for they are raised under a punishment culture. In addition to be an ancestrally poor community. These are some of the situations to be considered as a vulnerable population at high risk of developmental disorders.

The theoretical model selected for this research was the bio-psycho-social model of human development that explains the four factors, biological, psychological, socio-cultural and life cycle that influence on

the individual development throughout its life. On the other hand, the sociocultural theory was chosen. This theory recognizes development as a result of the dynamic interaction between the person and the surrounding culture.

For Mussen et. al (1995) development is defined as the changes in physical, neurological, cognitive and behavioral structures which appear orderly and are relatively permanent .

Child Development is also considered as a flexible, global and continuous process which involves a gradual acquisition of functions, skills and abilities that will enable children to reach maturity and interact with their environment to adapt to it or modify it, this development won't be one-way, linear nor uniform, as it is the result of the influence of internal and external factors such as: the cultural genetics, maturation of the nervous system, food, nutritional or environmental factors, socioeconomic, and even ethnic ones. When there is a deviation or disturbance in the maturity process due to genetic or environmental factors disorders occur in development.

The most sensitive child population is the one is in biological and environmental risk. It is considered as a social risk when children during pre peri or postnatal stage have been subjected to situations that could affect their development process. Children of environmental risk when they lack minimum conditions to meet their basic needs and unflattering for their development.

The identification and early detection of problems in the development of children allow them to be treated as soon as possible in health,

education and therapeutic services. This early intervention will get increase the development of children with disabilities and minimize developmental delay.

Currently the Ecuadorian government priority attention to children through the implementation of public policies, programs for child development and nutrition; to ensure the comprehensive development of children in the country; although resources allocated to it aren't enough, and they aren't channeled equitably to vulnerable populations such as the indigenous population of Ecuador.

The low educational level of parents, the need of mothers going out to work and uninspiring family environment does not allow fulfilling their important role in the protection, care, satisfaction of needs of children; situations that make children have fewer opportunities to access appropriate and timely care.

Because of the paragraphs above, this study is important in order to reflect and promote the commitment of the state, community and family in child development and child from infancy with a focus on human development.

Keywords: Detection, diagnosis, early intervention, biological and environmental risk, early childhood, developmental disorders.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

"Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población."

El mundo indígena (2006, pp.10)

1.1 Introducción

Cuando hablamos de población infantil indígena de alto riesgo nos encontramos ante un colectivo que ha sido marginado y excluido por mucho tiempo de atención en salud en derechos básicos como son la salud, alimentación sana, educación, vivienda, servicios básicos, cuidado, protección, y políticas públicas que garanticen mejorar la calidad de vida, donde se valore la cultura, el idioma y su desarrollo como sujetos de derechos.

La presente investigación pretende analizar el desarrollo de los menores¹ que viven en sectores vulnerables y de pobreza de nuestro país como lo es la Comunidad Indígena de Salasaca, en la cual

¹ El término menor hará referencia a menores

confluyen diversos factores de riesgo² que pueden generar en el niño y niña alteraciones en su desarrollo. Puesto que tanto los factores biológicos como los ambientales ejercen una influencia directa sobre los procesos de crecimiento y desarrollo del niño y niña, como lo expondremos en el capítulo II.

La detección del nivel madurativo del niño y niña de cero a tres años y la relación que existe entre éste y las posibles causas o factores que originan desviaciones de los rangos normales, es prioritaria para determinar el tipo de acción acorde al problema que presente, y así poder realizar una intervención temprana desde el ámbito de la prevención.

Consideramos importante este trabajo de investigación porque permite percibir la realidad de poblaciones indígenas tanto desde una dimensión física, económica, social, educativa, cultural, ambiental e institucional; de minorías de alto riesgo biológico y ambiental, que viven en condiciones de extrema pobreza que podrían obstaculizar su desarrollo biopsicosocial. Además detectar en este escenario la población infantil indígena que presenta vulnerabilidad ambiental, deficiencias funcionales y/o alteraciones en su desarrollo, que muchas

² Factores de riesgo son hechos o características claramente definidas que se asocian a una mayor tasa de aparición posterior de una enfermedad; puede existir o no causalidad. Dorland. (2005). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. (30.a edición). Madrid: Elsevier.

veces al no ser detectadas a tiempo produciría dificultades en su salud, calidad de vida y potencial desarrollo.

De ahí la importancia de realizar un seguimiento del desarrollo durante la primera infancia. En primer lugar porque el niño es más susceptible no sólo por su estado de desarrollo sino debido a condiciones menores de salubridad en las que viven, en segundo lugar porque permite estar al tanto de las habilidades adquiridas del niño / niña y los factores de riesgo que alteren el espectro normal de desarrollo para establecer intervenciones eficaces, involucrando como eje fundamental a la familia, comunidad y posibilitando una educación de calidad desde edades tempranas.

Para ello es necesario que se analice la injerencia que tiene el Estado Ecuatoriano en cuanto al establecimiento de políticas públicas que garanticen la atención a grupos prioritarios y que apunten a garantizar el buen vivir de la población. Es imprescindible examinar los servicios de atención y protección a la población infantil hasta los tres años de edad, cuál ha sido su cobertura y la inversión del Estado en programas que contribuyan al desarrollo infantil integral con visión familiar.

Del estudio se analizará el sustento científico de la intervención temprana y su carácter socio psicoeducativo como pilar del desarrollo armónico de las capacidades del niño/a.

Haciendo una propuesta de intervención tanto de carácter social, político y educativo para la infancia de las comunidades indígenas, para garantizar la equidad en el desarrollo para la República del Ecuador.

La investigación sobre detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la Comunidad Indígena de Salasaca- Provincia de Tungurahua está estructurada en cinco capítulos.

En el primer capítulo se puntualiza el estado y la problemática del desarrollo infantil de la población indígena de Salasaca, así como los factores internos y externos que inciden en la Comunidad de Salasaca referente a salud y educación.

El segundo capítulo se refiere al marco teórico y normativo que sustenta con rigor científico la temática investigada. Fundamentación histórica y legislativa de la atención temprana, políticas públicas de desarrollo infantil integral para la primera infancia en el Ecuador, el Estado Ecuatoriano y la implementación de programas de desarrollo infantil integral para la primera infancia en comunidades indígenas, detección, diagnóstico e intervención en menores de tres años.

En el capítulo tres se detalla la metodología utilizada en el trabajo de investigación, objetivos, hipótesis, metodología, descripción de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recogida de datos.

El cuarto capítulo consta del análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación, se plantea conclusiones producto de la temática tratada y se señala posibles líneas de investigación en el ámbito del desarrollo infantil y la atención temprana.

En el quinto capítulo se presenta el esquema de un programa de intervención temprana dirigido a menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental que asisten a los Centros Infantiles del

Buen Vivir CIBV, el mismo que guarda relación con las costumbres, tradiciones y lengua de la comunidad indígena de Salasaca así como también en concordancia con el carácter científico de la atención temprana y que contribuya al desarrollo infantil integral de este sector vulnerable de la población.

1.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.2.1 Situación de la atención a la primera infancia en América Latina y el Caribe

De la Conferencia Mundial de Educación para Todos celebrada en Jomtien (1990), se incluye a la atención, el desarrollo de la primera infancia y la educación inicial en los sistemas educativos, cambiando la perspectiva tradicional en la cual se consideraba que el aprendizaje y la educación se contemplaban desde el momento en que los menores ingresaban a la escuela primaria. Torres, (1999).

El aprendizaje empieza al nacer es el aspecto fundamental que resalta la Declaración de Jomtien, por ello la importancia de la atención y desarrollo de la primera infancia especialmente para niños/as pobres y vulnerables con el involucramiento de la familia, la comunidad, el estado y la sociedad civil en este proceso.

Comprometidos con las políticas públicas en desarrollo infantil de los países de América Latina y el Caribe, asumieron el desafío de promover el desarrollo de los menores durante su período de pre escolaridad, ampliando su ingreso en los programas formales de educación preescolar previos a su incorporación al nivel de educación básica. Con

anterioridad de la Declaración de Jomtien el porcentaje de niños/as escolarizados en programas de educación preescolar en algunos países ya era muy superior.

En el año de 1975 la palabra preescolar describía a programas escolares formales dirigidos a menores, atendidos en centros infantiles y supervisados por un maestro capacitado profesionalmente. A partir del año 1990 surge el término de educación inicial que implicaba programas de educación no formal para niños/as de cero a seis años, auspiciados por entidades públicas y privadas.

En tal contexto se reconoció la importancia de invertir en la primera infancia destacando los beneficios sociales y económicos para el país; así como también las implicaciones negativas que conlleva la falta de acciones a favor del desarrollo infantil temprano.(Myers,1995; Barnet y Boocock,1998; Karoli, 1998). La ampliación de los programas de educación se debe a la necesidad de preparar adecuadamente a los infantes para su ingreso a la escuela y por otro lado, el requerimiento de profesionales idóneos para el cuidado y atención de los niños/as mientras sus padres laboran.

Por otra parte la reducción de la mortalidad infantil en algunos países de Latinoamérica y el Caribe ha sido significativa los últimos diez años, sin embargo los niveles de desnutrición infantil permanecen altos en las zonas rurales, a pesar del consumo de micronutrientes y programas alimenticios. (Ortiz, 1991; Coa Clemente, 1996; COMEXANI, 1998).

Pocos son los países que pueden describir el bienestar psicosocial y de aprendizaje en edades tempranas de su población infantil aun teniendo suficiente información de su estado físico; esto se debe, a que se omite la relación entre los avances educativos y la intervención temprana en el desarrollo normal de los menores.

Las tasas medias de escolarización (TME), programas de atención y desarrollo de la primera infancia llevadas a cabo durante los años 1990 y 1998, indican que en el Ecuador el porcentaje de escolarización en el año de 1990 fue aproximadamente el 8.3% y en 1998 el 14.2%, el rango de edad de cero a cinco años.

En Latinoamérica y el Caribe la tendencia de escolarización centrada especialmente desde los tres a cinco años va en aumento a partir del año 1990, a diferencia de los menores de cuatro que son muy poco atendidos en los programas de Atención y Desarrollo de la Primera Infancia (ADPI), quienes tienen mayor probabilidad de acceder a la escolarización son niños/as que provienen de familias con mejor situación socioeconómica y habitan en la zona urbana.

Podemos manifestar que aún con los cambios y avances a partir la década de los 90 en beneficio de los niños, las condiciones que afectan los servicios de ADPI tiene relación con cambios en los conocimientos básicos y en su divulgación.

Investigaciones y estudios han demostrado los beneficios a largo plazo de la intervención temprana en menores en situación de riesgo, así como también en qué condiciones estos programas pueden tener efectos adversos.

A lo largo de los 90 se han dado cambios conceptuales muchos de estos vinculados a la organización, planificación e implementación de los programas de atención temprana, existiendo una marcada tendencia a:

- Considerar a la ADPI como una de las alternativas para reducir la pobreza.
- Vincular los programas de desarrollo infantil integral con acciones intersectoriales.
- Modificar la perspectiva que tienen los gobiernos sobre la prestación de servicios hacia la corresponsabilidad y privatización.
- Partiendo de la Convención de los Derechos del Niño y la Declaración de Jomtien, modificar el enfoque de necesidades asociadas a intervenciones dirigidas, por una perspectiva de derechos universales y atención temprana concebida como preescolaridad.

Estas transformaciones de conceptos y conocimientos son insuficientes y de progreso lento, los cuales aún no se traducen en políticas públicas de desarrollo infantil, a pesar de tener mayor divulgación local, nacional e internacional.

Se observan cambios de actitud y conciencia de los gobiernos y la sociedad civil acerca de la importancia de la atención durante la primera infancia, considerando el desarrollo infantil temprano como un proceso integral en los primeros años de vida de los infantes. Se muestra también una apertura hacia la diversificación de los programas de atención destinados a los menores, la familia y la comunidad, aceptación de programas de escolarización no formales, promover el

trabajo intersectorial y con organizaciones no gubernamentales e impulsar la relación casa – escuela – comunidad.

En algunos países latinoamericanos el nivel preescolar es obligatorio, lo que demuestra los cambios positivos y avances que se han desarrollado en materia de legislación y políticas públicas en favor de la ADPI, lo que no ha ocurrido en demasiados países que no cuentan con políticas y programas para la atención de menores de tres años.

La financiación internacional para proyectos de ADPI se ha incrementado considerablemente los últimos años, el BID concedió mayor porcentaje de créditos y préstamos en diversos países, entre los años 1991 y 1998, el BID otorgó créditos por un monto de 68. 5 millones de dólares.

UNICEF en el año de 1999 considero a la ADPI como prioridad para destinar fondos disponibles para estos proyectos, entre las entidades y organizaciones involucradas en ADPI están:

- Fundación Bernard Van Leer.
- Fundación Soros.
- Alianza Save the Children
- Christian Children's Fund
- Word Vision
- Plan Internacional.

Estas organizaciones realizan aportes que van más allá de proyectos a gran y mediana escala para el nivel preescolar formal, van enfocados también para educación para padres y programas no formales de escolarización.

En el ámbito nacional la financiación y aportes de los gobiernos son relativamente bajos, los informes nacionales no revelan exactamente el nivel de inversión para la ADPI, en nuestro país se ejecutó el Proyecto: Fondo de inversión social de Ecuador en el período comprendido entre 1994 y 1999, con un crédito de 0.6 a 30.0, siendo el costo total del proyecto 120.0.

La carencia de recursos no solamente se presenta en el ámbito económico sino también en los recursos humanos, información que contrarresta con datos de avances en la formación profesional, en todos los niveles y en el contexto local.

A pesar de los progresos en la cantidad y en la calidad de los programas de ADPI y con los cambios de los planes de estudio, algunos países todavía siguen considerando la educación temprana como una extensión inclinada hacia la educación primaria, igualmente falta mucho por hacer en lo que se refiere a la implicación cultural de las comunidades indígenas en los planes de estudio. Sin embargo queda pendiente el mejoramiento en la formación, planes de estudio, materiales, sobre todo en la incorporación de la familia y la comunidad en estos programas.

Superar las áreas problemáticas y las necesidades identificadas en el contexto de la atención de la primera infancia demanda trabajo mancomunado del gobierno, sector público y privado, asimismo requiere de acciones que involucren a padres, profesores y políticos encargados de las políticas públicas para consolidar y mejorar los programas de ADPI.

La voluntad política de quienes son los encargados de velar por el bienestar y la calidad de vida de la población infantil es sustancial para promover políticas orientadas a la inversión en la primera infancia y generar el gasto en educación temprana, para ello no es suficiente con proporcionar información sobre las ventajas de la ADPI, es necesario crear la demanda de estos programas a través de estrategias de difusión, inserción en el presupuesto del estado, aportar datos e indicadores estadísticos y procesos de control, evaluación y monitoreo.

El marco jurídico y político de los gobiernos demanda una revisión de las políticas educativas ya existentes y que de alguna manera afectan la atención de los menores durante los primeros años de vida, a su vez deben ajustarse al derecho de participación, a los intereses del niño/a y a no ser discriminados, manifestados en la Convención de los derechos del Niño.

La uniformidad de los programas de ADPI es una tendencia de algunos países sin considerar las diferencias socioeconómicas, culturales, edad de la población, brindar estos programas es un aspecto desacertado, más aún cuando se los equipara al nivel preescolar y como una extensión de la educación primaria. A la par existe la prioridad de llevar a cabo procesos de capacitación a los docentes y personas encargadas del cuidado y atención de los niños/as, mejorar los planes de estudio, disminuir el número de niños por cada educador, examinar los enfoques y las experiencias de la ADPI y sobre todo implantar sistemas adecuados de supervisión.

Es importante que se promueva una distribución más equitativa de los programas de ADPI, en grupos minoritarios en situación de

vulnerabilidad como son: la población indígena, rural, mujeres en estado de gestación y madres lactantes, menores de cero a tres años. Esta distribución debe ir a la par de la coordinación intersectorial superando cualquier barrera burocrática entre entidades y organismos gubernamentales y no gubernamentales de educación, alimentación, salud, bienestar social y desarrollo comunitario con la finalidad de consolidar la ADPI con la educación primaria con un enfoque holístico e integrado del desarrollo en edades tempranas.

Cada país debe examinar sus prioridades en el ámbito de la ADPI, observando sus condiciones y características socioeconómicas, culturales y demográficas para brindar especial atención y definir líneas de acción que cada situación lo requiera. Prioridad que iría destinada al mejoramiento en la formación de educadores de la primera infancia, proporcionar capacitación a los padres y al resto de los miembros de la familia, acerca del crecimiento y desarrollo de los niño/as y cómo ofrecer un ambiente estimulante para potenciar todas sus capacidades y habilidades, así mismo se deberá contar con mecanismos de evaluación y seguimiento de los programas de educación temprana y de los procesos de desarrollo infantil, que nos permitan tener información sistemática y validada sobre el impacto de éstos programas en los niños, niñas y sus familias.

Con estos antecedentes se puede sugerir algunas orientaciones dirigidas a los responsables de políticas públicas en el ámbito de la ADPI, entre las que podemos manifestar están las siguientes:

- Promover la equidad a través de procesos de inclusión.

-
- Plantear políticas públicas intersectoriales que tengan una visión integral y holística de desarrollo infantil temprano.
 - Empezar programas de atención prenatal.
 - El diseño de los programas de ADPI deben estar centrados en el bienestar del niño y la niña, incluir a los padres, la familia y la comunidad con una activa participación en el proceso de desarrollo y aprendizaje de los infantes.
 - Evitar procesos burocráticos en el financiamiento, implementación y ejecución de programas de educación temprana.
 - Incorporar el aspecto cultural y respeto por la equidad y la diversidad en los programas de ADPI.
 - Incluir sistemas adecuados de evaluación interna y seguimiento que permitan alcanzar la calidad en los servicios de atención a la primera infancia.

Es importante reconocer que todos los esfuerzos que se den en el campo de la ADPI son trascendentales para la consecución de programas de calidad, ello implica el compromiso y acciones conjuntas de los gobiernos, sector público y privado con la finalidad de incrementar y consolidar la educación temprana.

Myers, R. (2000). Atención y desarrollo de la primera infancia en Latinoamérica y el Caribe: Una revisión de los últimos diez años y una mirada hacia el futuro. *Revista Iberoamericana*. (22), pp.

1.2.2 Desarrollo Infantil Temprano en Latinoamérica y el Caribe

Las investigaciones en las ciencias biológicas y sociales han tenido mayor apogeo en los últimos años, las cuales han estado encaminadas a determinar qué factores influyen en el crecimiento, desarrollo y bienestar de los niños/as.

Shonkoff y Phillips, (2000) manifiestan que: La cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo humano y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias, diseñadas para promover una saludable adaptación, además indican que el curso que tome el desarrollo puede ser alterado en la primera infancia con intervenciones efectivas que cambien el balance entre el riesgo y la protección, de manera que se aumente la posibilidad a favor de resultados de adaptación.

Ahora sabemos que la intervención temprana durante la primera infancia es crucial puesto que el desarrollo del cerebro en los primeros años de vida es más rápido y tiene mayor plasticidad, favoreciendo al avance de las capacidades, habilidades, competencias, emociones y actitudes del niño/a. Cuando el recién nacido recibe una adecuada alimentación, lactancia materna, atención en salud y afecto por parte de los padres y la familia, tendrá mayor posibilidad de desarrollarse óptimamente y un futuro éxito escolar.

Shore, (1997) sintetiza el nuevo pensamiento acerca del cerebro de la siguiente manera:

- El desarrollo del cerebro está determinado por la interacción compleja entre los genes con los que se nace y las experiencias que se vive.
- Cuando los niños cumplen los tres años, su cerebro es doblemente más activo que el de los adultos. Los niveles de actividad descienden durante la adolescencia.
- Las intervenciones tempranas, no sólo crean el contexto, sino que afectan directamente la manera en la que se interconecta el cerebro.

Estas investigaciones anulan el “viejo pensamiento” en el que no se reconocía que las experiencias en los primeros años de vida tenían un impacto determinante en el desarrollo del cerebro.

Además de las investigaciones en las neurociencias, las investigaciones en las ciencias sociales han evidenciado la eficacia de la intervención temprana en el desarrollo del niño y en su futuro desempeño escolar. A través de ésta intervención se disminuye la brecha entre niños pobres y niños/as ricos en razón de que proporciona mayores beneficios cognitivos en esta etapa de la infancia y la niñez donde el desarrollo del cerebro se da de forma creciente, el cerebro cambia en respuesta a la experiencia y dependiendo de la actividad.

La intervención temprana también contribuye a que el niño/a desarrolle competencias sociales y emocionales saludables que le permitan integrarse a la etapa escolar, estableciendo buenas relaciones con los demás, seguros de sí mismos.

Igualmente otros estudios en las ciencias sociales acerca de la intervención temprana en el desarrollo infantil en los países en vías de desarrollo señalan que los menores que participan de estos programas tienen:

- Menor grado de abandono a la escuela
- Menor grado de repetición
- Mejor desempeño escolar
- Aumenta el nivel de escolaridad
- Mejor predicción de éxito como adulto.

El mayor desafío de los países es llevar los programas de intervención temprana a gran escala, ello conlleva una mayor

implicación política, económica y social de instituciones formales, no formales, públicas y privadas, padres de familia, docentes, asistentes de cuidado y la comunidad, que implementen estos proyectos y programas enmarcados dentro de políticas públicas de desarrollo infantil, destinados a mejorar la calidad de vida de los menores en situación de riesgo.

El éxito de estos programas no sólo depende de la voluntad política, sino también del empoderamiento, coordinación y trabajo mancomunado entre instituciones, organizaciones, comunidades para alcanzar los resultados esperados y se logre mayor cobertura. A la par de estas acciones se requiere impulsar la participación e involucramiento permanente de la familia y la comunidad, motivando el sentido de pertenencia y responsabilidad con los programas de intervención infantil para que éstos sean sostenibles y a largo plazo. Asimismo es importante la asociación con el sector público para que contribuyan con su aporte económico, financiero, evaluación y seguimiento, capacitación profesional y fortalecimiento de la gestión.

Es prioritario que la Sociedad civil vincule las evidencias científicas del desarrollo infantil con la implementación de políticas públicas que benefician a la población más vulnerable. La interacción pública – privada entre el estado y la sociedad civil cada vez es más efectiva permitiendo contribuir en la solución de problemas de cada país, mejor prestación de servicios sociales, promoviendo estrategias para la ejecución de proyectos de calidad en desarrollo infantil temprano destinados a los niños, niñas, familias y comunidad.

Desde esta perspectiva cualquier persona o grupo de personas que no tengan relación o representación con ningún partido político, participan en la caracterización y solución de problemas de interés común: niñez y adolescencia, derechos humanos y sociales, justicia y transparencia, entre otros;

constituyéndose en fundaciones, ONGs, entidades sociales y culturales, cumpliendo un rol significativo dentro de la sociedad civil.

Actualmente en Latinoamérica y el Caribe los programas no formales, no escolarizados o no convencionales que ofrecen servicios a menores en edad preescolar, han conseguido ampliar su cobertura y acceso a los sectores más pobres para que se beneficien de los programas de estimulación temprana.

Esta experiencia de programas no formales muestra el grado de participación y compromiso de la sociedad civil en el ámbito del desarrollo infantil temprano, aporta también en la reducción de la brecha de pobreza, permite la inclusión de los menores en la sociedad, sensibiliza a las madres en ofrecer una buena alimentación, cuidados y afecto a sus hijos/as, y; sobre todo hace hincapié en el rol transcendental del papel educativo de los padres y la familia.

Los programas no formales se han institucionalizado a nivel de varios países de Latinoamérica como: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, los mismos que están adaptados de acuerdo a las necesidades de cada país y se han instituido como agentes de cambio social. Las actividades no formales al ser

administradas por voluntarios de la comunidad reflejan en ellas sus prácticas de crianza, costumbres y tradiciones y cultura, permite al mismo tiempo que los padres adquieran mayor conocimiento sobre el desarrollo infantil temprano y participación de la comunidad.

Podemos citar a Perú y Jamaica con sus programas de educación infantil no escolarizados como son: Caritas (1965) y Roving Caregivers (Cuidadores Temporales) respectivamente diseñados para menores de familias campesinas y que están fuera del sistema escolar. Los programas ofrecían actividades recreativas, de lenguaje y estimulación, en algunos casos se les suministraba suplemento alimentario. Su finalidad mejorar el desarrollo intelectual de menores en situación de pobreza.

Se detallan algunos ejemplos de programas no formales ofrecidos por los gobiernos y la sociedad civil:

- **Visitas al hogar:** Son programas que se encaminan a menores de cero a tres años que proceden de zonas dispersas y donde sus madres laboran formal e informalmente, el trabajo pedagógico está enfocado en actividades de estimulación, salud, higiene y alimentación. El responsable de las visitas al hogar es un educador que está a cargo de 8 voluntarios, quienes a su vez realizan la capacitación de 8 familias en actividades educativas de acuerdo a la edad y áreas de desarrollo. Cuentan con material y guías para los educadores, promotores y madres de familia, facilitando el trabajo.
 - **Cuidado de los padres:** Consiste en la capacitación de los padres en actividades de estimulación, salud y programas alimenticios, el encargado de la capacitación, evaluación y programación de actividades es el promotor quien realiza
-

reuniones permanentes y visitas domiciliarias a las familias para el adiestramiento y concientización de la importancia del desarrollo infantil temprano. Las familias provienen de zonas rurales y urbanas marginales.

- **Cuidado integral de la salud:** Esta modalidad está dirigida a niños /as de cero a tres años y grupales de tres a seis años de sectores rurales y urbano marginales, el equipo multidisciplinario ofrece asesoría a cada voluntario de la comunidad en áreas relacionadas con educación, salud, nutrición, alfabetización, agricultura, productos productivos, ambiente y vivienda.
- **Cuidado con base en el hogar:** Radica en el cuidado de niños/as de tres a cinco años de edad en una casa de familia, los niños/as provienen de zonas rurales, urbano marginales, un facilitador es el responsable de diez hogares y dos a tres madres se encargan de cada casa de familia, esta actividad está enfocada al cuidado de los infantes, madres en etapa de gestación y lactantes, adicionalmente reciben un aporte económico para la alimentación de los niños, pago de su remuneración y en algunas ocasiones para el mejoramiento de la vivienda.
- **Cuidado grupal:** Modalidad destinada a la población urbano marginal e indígena de cuatro a seis años o más, en este programa un coordinador es el responsable de ocho a diez madres comunitarias, voluntarios o promotores, los mismos que son responsables de la atención y cuidado de 15 a 30 niños/as en un ambiente comunal equipado con mobiliario y material educativo. La comunidad es la responsable de la salud, alimentación, bienestar social, educación ambiental, selección

de voluntarios e implementación de actividades para los niños/as.

- **Uso de medios de comunicación:** Son programas transmitidos por radio y televisión a la población que se encuentra en zonas rurales y que no tienen acceso al servicio educativo, los voluntarios realizan visitas domiciliarias semanales asesorando a los padres en actividades pedagógicas las cuales se transmitieron por los medios de comunicación, estos programas están dirigidos a niños/as de cero a seis años.

Para complementar este análisis se puede afirmar que los programas no formales de Educación Inicial, constituyen una de las opciones para disminuir la brecha de pobreza en Latinoamérica y el Caribe.

El Estado y la sociedad civil tienen un compromiso y desafío con la expansión de los programas de educación infantil, involucrando a la familia, la comunidad, instituciones locales, regionales, nacionales e internacionales así como también a organismos no gubernamentales en la implementación, apoyo administrativo y financiero, provisión de alimentos, formación de cuidadores y educadores de niños/as, capacitación, evaluación y monitoreo de éstos programas a nivel nacional y en el resto de Latinoamérica. (Eming Young & Fujimoto-Gómez, 2003)

1.2.3 La población Indígena del Ecuador

En el contexto histórico de la República del Ecuador, los pueblos indígenas han estado bajo la subordinación de grupos sociales y han sufrido la etiquetación de “indios” o “naturales” como producto de componentes raciales y como expresiones de marcada explotación y

exclusión. Los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador son los grupos sociales más aquejados por la pobreza, la extrema pobreza e inequidad por su etnia y por su género.

1.2.3.1 Análisis Socio Histórico de la Población Indígena del Ecuador

Los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador han sufrido transformaciones a lo largo de la historia, atravesando una fase de aislamiento social hasta llegar a un estado de interrelación con otras culturas. A inicios de la década de los cuarenta se forman pequeñas estructuras organizativas comunitarias como un medio para dar a conocer el nivel de marginalidad y la complicada situación social en el cual se encontraban en relación con la población blanca y mestiza del país.

Esta connotación social, histórica y económica de exclusión, rechazo y discriminación de este gran conglomerado como lo son los pueblos indígenas del Ecuador se remonta a la conquista española cuando el indígena pierde su identidad cultural y en donde ser indio significaba ser dominado, reprimido, humilde, pobre y fracasado.

La situación social y económica de la población indígena de nuestro país hasta la actualidad no ha tenido grandes cambios, perenemente se ha caracterizado por su restringido acceso a tierras para la producción, sistemas de riego inadecuados, insuficientes recursos económicos y tecnológicos para la producción agropecuaria y artesanal, lo cual les impide competir en el mercado con igualdad de oportunidades y reglas en el intercambio comercial. A ello se suma otros fenómenos sociales que afectan a esta población vulnerable como las precarias condiciones

de vida, carecen de servicios básicos, educación, salud y alimentación, son discriminados y excluidos social y culturalmente por su vestimenta, lengua y por sus arraigadas costumbres y tradiciones, las mismas que son catalogadas como diferentes a los grupos sociales mayoritarios de nuestro país, impidiéndoles una vida digna.

A pesar de la opresión, explotación social y económica, exclusión y discriminación que han sufrido aún mantienen su acervo cultural, su sabiduría ancestral, valores y conocimientos que los transmiten de generación en generación.

Si hacemos un análisis desde una perspectiva socio histórico sobre la realidad de la población indígena en el Ecuador, observamos que la imposición del tributo, el trabajo en obrajes y mitas en la época de la Colonia, fue una forma de explotación del trabajo de las familias indígenas. El sector agrario fue muy precario y las políticas en este ámbito los seguían considerando como “campesinos pobres”.

Paulatinamente las Organizaciones no Gubernamentales y la Iglesia impulsaron programas de desarrollo para mejorar la situación social de este sector los cuales no tuvieron los resultados esperados debido a la escasa participación comunitaria y dificultades en la coordinación interinstitucional.

Desde el ámbito político las organizaciones indígenas con sus representantes han sido consideradas como una amenaza a la unidad del país, por ello en los años 80 y 90 se luchó por lograr la declaratoria del Ecuador como un Estado Plurinacional. (CDES, 2010)

En la década de los 90 como consecuencia de las movilizaciones indígenas se organizaron programas sociales y se conformó el Consejo de Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Negros del Ecuador CODENPE y en 1998 el Proyecto de Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Negros del Ecuador PRODEPINE.

En el mismo periodo los indígenas alcanzaron importantes logros en la esfera de sus derechos comunes, respeto por su expresión cultural y su territorio. A partir del siglo XX a pesar de las victorias obtenidas en el ámbito de los derechos, ésta población sigue viviendo bajo condiciones de inequidad, discriminación social y racial, desigualdad que los obliga a trabajar con una pésima remuneración, a migrar a las ciudades con la finalidad de conseguir mejores condiciones de vida. En términos generales viven en precarias condiciones de salud, vivienda, tienen bajos niveles de escolaridad, sus tierras son de mala calidad por su deficiente irrigación (CEPAL, 2001).

En la actualidad las condiciones de vida de esta población son similares a las de hace cincuenta años, aún con los avances de los programas de desarrollo social, económico, educación intercultural bilingüe, aumento de la cobertura de salud así como el saneamiento ambiental.

En el plano nacional se observa un mejoramiento de la salud, pero todavía prevalecen altas tasas de mortalidad neonatal, infantil y materna, desnutrición crónica sobre todo en las poblaciones indígenas. Se presentan dificultades en infraestructura, equipamiento y personal en los servicios de salud. Entre el año 2008 y 2009 la tasa de mortalidad infantil del Ecuador rodeaba 25,4 por mil y la probabilidad de

muerres de menores de madres que provienen de zonas rurales era 1.2 veces mayor, es decir 29,7 por mil. Esta situación es mayor en niños indígenas, la probabilidad de muerte aumenta en un 38,4 por mil (1.5 veces mayor). Además si la madre carecía de un nivel de escolaridad, el riesgo de que el nacido vivo cumpliera el primer año de vida se elevaba a un 39 por mil.

A nivel de Latinoamérica, según la Agenda Regional de Población y Desarrollo después del 2014 en Ecuador, INEC Censo de Población y Vivienda (2010), Ecuador tendría una mortalidad infantil superior a las de Cuba (5 por mil), Chile (7 por mil), Costa Rica (10 por mil) y Argentina (13 por mil); similar a las de Brasil (24 por mil) y Perú (21 por mil); y, menor a las de Paraguay (32 por mil), Guatemala (30 por mil) y Haití (49 por mil).

Todavía queda mucho por avanzar en la conquista de los derechos colectivos de la población indígena en cuanto a programas de desarrollo socioeconómicos, fortalecimiento de su identidad social, disminución de brechas de desigualdad con el resto de la población ecuatoriana, mejoramiento de la calidad de salud, alimentación, educación, conservación y manejo de recursos naturales.

Frente a esta realidad los pueblos y nacionalidades indígenas promovieron un proceso de reivindicación de sus deberes y derechos, batallando para que el Estado Ecuatoriano incluya dentro de la Constitución Política vigente la existencia de diversos pueblos indígenas y afro ecuatorianos, garantizando su desarrollo y

participación en la construcción de un estado plurinacional e intercultural justo, equitativo y respetuoso del medio ambiente.

1.2.3.2 El Pueblo Indígena de Salasaca. Análisis de los aspectos socio-históricos y ancestrales de su cultura.

Según Alfredo Costales y Piedad Peñaherrera, “Los Salasacas presentan, en el marco etnográfico y cultural de la zona central del país, uno de los más destacados puntos de referencia para la investigación y estudio de los valores indígenas del pasado y del presente”. (Mera, 1989)

La población indígena de Salasaca se ha caracterizado por ser un pueblo rebelde y auto aislado que ha optado por no mezclarse con otras nacionalidades indígenas para conservar sus costumbres y tradiciones. Actualmente sus viviendas están construidas por bloque, ladrillo, hormigón y cemento, quedan pocas casas hechas de bareque y paja.

Una de las formas de sustento que tienen los Salasacas es la utilización de parcelas para realizar sembríos para su propio consumo aun cuando estas tierras no son muy fértiles, de ahí que su alimentación se basa en lo que cultivan siendo una alimentación muy pobre para ellos y sus familias, esto ha conllevado a que los niños no estén alimentados adecuadamente, presenten casos de desnutrición,

enfermedades gastrointestinales por las condiciones de insalubridad a efectos de utilizar leña, agua no potabilizada para la preparación de los alimentos y la ausencia de alcantarillado, factores que influyen en un incorrecto desarrollo de la población infantil.

El nivel educativo de la comunidad de Salasaca es deficiente, la mayoría de su población culmina la educación primaria y en algunos casos completan la instrucción secundaria, la tendencia una vez finalizado su escolarización es migrar a otros lugares en busca de trabajo como: albañilería, servicio doméstico y muy pocos al comercio.

Los ingresos de estas familias económicamente activas son muy bajos lo cual dificulta cubrir todas las necesidades y mejorar las condiciones para brindar estímulos adecuados que favorezcan el desarrollo de los menores.

La mayoría de niños, niñas y jóvenes mantienen el kichwa como su lengua materna y el castellano como su segunda lengua.

Como consecuencia del bajo nivel de escolaridad de los padres, existe mayor probabilidad de riesgo para el desarrollo integral de los menores, puesto que se constituyen en factores de riesgo psicosociales, a ello se suma el desconocimiento de las características de desarrollo lo que ocasiona que pasen desapercibidos aquellos retrasos que pueden presentar los menores producto de factores biológicos y ambientales.

La costumbre de los pueblos indígenas es que sus hijos deben ayudar en el sustento de sus hogares, por eso desde muy temprana edad trabajan en el campo, cuidan los animales y en muchos casos

trabajan como betuneros, venta de dulces y otros mendigan en las calles de la ciudad.

Dentro de sus costumbres y tradiciones, la mujer Salasaca resultado de su bajo nivel de escolaridad y patrones culturales, no tienen una formación que les permita usar métodos de control del embarazo, durante la etapa de gestación continúa con sus actividades en el campo y cuando llega el momento del parto acuden a una partera empírica quienes se ayudan de plantas medicinales para facilitar el parto.

Prefieren alumbrar en sus hogares por la confianza que siente con su gente, situación que puede ocasionar complicaciones graves por la ausencia de condiciones médicas y sanitarias apropiadas.

Las pautas de crianza de la población de Salasaca, están muy arraigadas en sus costumbres y tradiciones ancestrales, en las cuales los menores están destinados al trabajo en el campo y el ganado sin posibilidades de acceso al sistema educativo, puesto que por su situación de pobreza no la pueden cubrir. Las mujeres son discriminadas desde su nacimiento, sumisas a los hombres, ellas se dedican tempranamente a tareas domésticas, elaboración de tejidos, artesanías características de su población y al cuidado de sus hijos y de los hermanos menores ya que el promedio de una familia es de cinco a ocho personas.

Según los datos del INEC, Censo de Población y Vivienda año 2001 y el Plan de Desarrollo del Pueblo Salasaca año 2002, la población total de Salasaca es de 5195 habitantes, la población de hombres

representa el 44.99% mientras que las mujeres representan el 52.01% del total, por grupos de edad la población infantil menor de diez años representa el 22.85%, los menores de un año corresponden el 1.48% y de uno a 9 años constituyen el 21.37%.

En cuanto a la situación de migración de los indígenas de Salasaca según estudios realizados por el UNIS en el año 2000, ésta afecta al 22.8% de la población económicamente activa de la Parroquia considerando la población mayor de 12 años, el 68% corresponde a migrantes hombres y el 32% son mujeres. El mercado laboral en el cual se desempeñan lo conforman trabajos de construcción en un 37.3%, agricultura el 27%, el 18 % se encuentra realizando trabajos de construcción en las Islas Galápagos, el 17% labora como empleadas domésticas y, el 5% migra hacia países europeos para venta de artesanías.

En relación con el resto de las parroquias del Cantón Pelileo, Salasaca tiene el más alto índice de analfabetismo, el 23 % de la población de entre 15 años y más es analfabeta, con un promedio de estudio de 3,44 años, el 38.7% de la población de 12 años y más tiene primaria completa, el 5.2% de entre 18 años y más ha completado el nivel secundario y el 4.1% de adultos entre 24 años y más ha accedido a la educación superior. La Parroquia de Salasaca cuenta con nueve centros educativos de nivel pre primario, primario y nivel medio con la modalidad hispana en su mayoría y algunos bilingües. Asimismo en la parroquia de Salasaca existe sólo un Sub centro de Salud ubicado en el centro de la parroquia, el mismo que carece de equipamiento adecuado, medicinas, personal en salud, a ello se suma la escasa

colaboración de los habitantes de Salasaca en considerar a la salud como prioritaria en la vida de la comunidad.

De acuerdo al Plan de Desarrollo del Pueblo Salasaca del año 2002, las instituciones de apoyo que intervienen en el desarrollo de la Parroquia de Salasaca constan el Municipio de Pelileo, Consejo Provincial, Visión Mundial (PDA) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), dentro de sus competencias están la ejecución de proyectos de vialidad, infraestructura y equipamiento comunitario, asistencia y beneficio social, modalidades de atención infantil. Entre las organizaciones locales de la comunidad se encuentran: la Junta de Agua de Riego, Junta de Agua Potable, Asociaciones Artesanales, Comités de Padres de Familia, Agrupaciones Culturales y Clubes deportivos de hombres y mujeres.

1.2.3.3 Desarrollo Infantil de la población indígena de Salasaca

A nivel de recursos asistenciales sanitarios la Parroquia cuenta con un Sub centro de Salud atendido por un médico rural, una licenciada y una auxiliar en enfermería. Entre los problemas más frecuentes que presenta el servicio podemos destacar el escaso equipamiento médico, no existe servicio odontológico, insuficientes medicinas, no hay cobertura en atención a la maternidad, poca colaboración por parte de la población de la misma comunidad para solucionar sus problemas de salud y cambios frecuentes del personal que labora en el Subcentro.

Plan Estratégico de la Comunidad de Salasaca del año 2005 – 2009

Según el informe anual del año 2001 del Subcentro de Salud de Salasaca, las enfermedades de mayor prevalencia de acuerdo al grupo de edad son: Piodermitis que presentan los niños al nacer puesto que su nacimiento se da en parto atendido en sus casas bajo la asistencia de una partera o un familiar sin cuidados preventivos, infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales entre las principales causas de mortalidad y/o morbilidad infantil, desnutrición, diarrea, deshidratación. Con lo que podemos afirmar que la población infantil de esta comunidad presenta hoy en día alta probabilidad de presentar situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Con los datos mencionados se puede observar que el Estado no ha dado prioridad para mejorar las condiciones de vida de la población indígena de Salasaca, las políticas públicas del Plan Decenal no han cubierto las necesidades básicas de este grupo humano.

En 2010 en el Censo de la Población INEC, muestra entre los aspectos que afectan a la Comunidad infantil de Salasaca los siguientes: la poca cobertura de centros de atención integral a la niñez, por su situación de pobreza las madres se han visto obligadas a insertarse en el campo laboral abandonando sus hogares y descuidando por completo el cuidado y protección de sus hijos; la alimentación inadecuada que está ligada a las costumbres y pautas de crianza de la comunidad lo que genera la desnutrición crónica, enfermedades gastrointestinales y respiratorias que son las principales causas de muerte infantil en el sector indígena del país. (INEC, 2010)

Según el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2011 -2013) a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, señalan que la población

indígena de nuestro país presentan una talla inferior en comparación con los demás grupos étnicos en un porcentaje aproximado del 36.5 %. Mientras que la población mestiza y blanca se ve afectada por otros problemas de salud tales como: el sobre peso y la obesidad en un 30.7 %.

"Los niños nacidos en familias indígenas a menudo viven en zonas alejadas, donde los gobiernos no invierten en servicios sociales básicos. Por consiguiente, los jóvenes y los niños indígenas tienen un acceso limitado o nulo a la atención de la salud, la educación de calidad, la justicia y la participación en la sociedad. Corren mayores riesgos de que su nacimiento no se inscriba y de que se les nieguen documentos de identidad." Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, Cuarto periodo de sesiones, Documento de la Naciones Unidas E/C.19/2005/2, Anexo III, Punto 13.)

Adicionalmente se puede evidenciar que estos niños con privaciones que asisten a las modalidades de atención infantil no tienen ambientes ni entornos estimulantes que favorezcan al desarrollo de sus habilidades y capacidades a potenciar, así como la pobre educación de la comunidad y de quienes están a cargo de los menores.

Según el Censo de la Población y Vivienda (CPV) realizado en el año 2010 en la Comunidad de Salasaca existe una población de 5176 indígenas de algunas nacionalidades que viven casi en su totalidad en tres parroquias, el Rosario, Chiquicha y Salasaca que pertenecen al cantón San Pedro de Pelileo, provincia de Tungurahua, siendo 4550 los que pertenecen a la nacionalidad Salasaca propiamente dicha.

La pobreza se evidencia cuando la población en edad de trabajar es superior a la económicamente activa, razón por la que migran a las ciudades en busca de empleos. Esta población indígena por su situación de pobreza y sus limitados ingresos tiene que decidir entre trabajar y estudiar, de ahí la relación que existe entre la deserción escolar y los factores socio - económicos.

La atención en desarrollo integral al niño menor de 4 años en nuestro país ha mejorado en las últimas décadas con la inserción de sectores más vulnerados, sin embargo, han sido insuficientes para garantizar el derecho de la población a tener acceso a educación de calidad, y a la asistencia a los centros infantiles del buen vivir (Estado) que son insuficientes para los 1020 infantes que existen en la comunidad (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2010).

Estos factores biológicos, socio - ambientales y económicos influyen en la aparición de discapacidades en un número de 618 casos, desvíos en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño/a, desfases que no son detectados a tiempo ni derivadas a servicios de salud y atención temprana.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

“Un medio ambiente favorable puede facilitar un desarrollo normal, el cual posibilita una mejor exploración e interacción con su entorno. Por el contrario, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo, lo que disminuiría la calidad de la interacción del niño con su medio, restringiendo su capacidad de aprendizaje”.

(Kopp y McCaall, 1982; Horowitz, 1988).

2.1 FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA Y LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

2.1.1 Atención Temprana

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2005), “Se entiende por Atención Temprana, el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interprofesional o transdisciplinar”.

El niño y la niña no es sólo el objeto de la intervención sino también el contexto familiar, la comunidad y escolar en el caso de que el niño/a este escolarizado; mediante la interacción múltiple entre estos elementos.

El niño/a construye su óptimo desarrollo dentro de un clima de seguridad afectiva e interacción con sus pares y con los adultos, quienes se convierten en referencia y en este sentido también la comunicación desempeña un papel fundamental como un elemento mediador de éstas adquisiciones en su proceso de desarrollo.

La intervención temprana debe darse inmediatamente cuando se detecta que el niño/a tiene algún trastorno en su desarrollo; de esta manera se puede aprovechar la plasticidad cerebral que se produce durante las primeras etapas de su desarrollo. Cuando se detecta que el niño/a tiene algún trastorno o riesgo de padecerlo, los padres sufren un estado de shock y ansiedad, crisis que repercute indiscutiblemente en el estado emocional del niño/ y de alguna manera determinan el tipo de relación que se establece entre los padres y su hijo/a; por esta razón es importante la intervención en la familia lo más pronto posible y se favorezca al ajuste del sistema familiar a esta nueva situación.

Los niños con trastornos del desarrollo son aquellos que presentan una desviación en su desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud y que comprometen su evolución biológica, psicológica y social; los cuáles pueden ser transitorios o permanentes. Cuando el niño/a está en situación de riesgo biológico o social y han alterado su proceso madurativo es fundamental intervenir en:

- Prevención Primaria evitando alteraciones.
- Prevención Secundaria detectando tempranamente los factores de riesgo.
- Prevención Terciaria para disminuir los efectos del trastorno presentado.

Actualmente se considera al niño/a desde una visión global en la cual se toma en cuenta sus necesidades biológicas, psicosociales y cognoscitivas así como las necesidades del entorno social, superando el modelo de atención centrado únicamente en el niño/a.

Las necesidades interpersonales del niño/a se satisfacen en el sistema familiar, ya que son los padres los primeros en responder a las señales y conductas de éste; inclusive son las mismas necesidades de la familia que determinan de cierta manera la dirección que tome el desarrollo del niño/a.

La atención temprana es planificada y abordada por un equipo multi e interdisciplinario para dar respuesta a las necesidades que presenta el niño/a y su entorno familiar y escolar, aportando con evaluaciones, metodologías, estrategias de acuerdo a las distintas disciplinas y enfoques.

La intervención en el contexto social es uno de los más complejos, en virtud que la aplicación de evaluaciones, estrategias y metodologías son imprecisas y costosas, además los resultados se dan a largo plazo y no son tan evidentes.

2.1.2 Evolución de la Atención Temprana

El modelo de la Atención Temprana ha evolucionado en las últimas décadas de un enfoque tradicional llamado estimulación precoz en donde la intervención estuvo dirigida únicamente al niño/a en su área sensomotora y para el desarrollo de habilidades concretas se utilizaba criterios conductuales. Fortalecer las capacidades del niño/a era el objetivo fundamental de éste modelo de atención temprana a través de actividades sistemáticas.

El papel que cumplían las familias era el aplicar las pautas indicadas por el equipo de profesionales a cargo de la intervención en el niño/a, esta intervención debía ser lo más pronto a fin de aprovechar al máximo la plasticidad del sistema nervioso; la familia se convierte en un elemento motivacional que permite potenciar el desarrollo de su hijo/a, que ellos puedan aprender de un modo funcional para que lo apliquen en diferentes situaciones y escenarios.

La definición del modelo actual de la Atención Temprana se enfoca en la intervención en el niño/a, la familia y su entorno mediante una serie de acciones concretas como la estimulación del niño/a en todas las áreas de desarrollo, un asesoramiento directo a la familia y al contexto escolar. La interacción juega un papel fundamental en la Atención Temprana, debido a la influencia que ejerce cuando dos

individuos se relacionan entre sí ya que produce cambios, adaptación mutua y ayuda a la construcción del desarrollo del niño/a.

Hay una serie de puntos en común que inciden en los actuales modelos de Atención Temprana (Candel, 2001)

- Se considera al niño como un aprendiz activo implicado en sus procesos de aprendizaje. Observa y percibe los estímulos de su entorno y construye estrategias de acción que posteriormente valida a través de la experiencia, aplica las estrategias aprendidas en situaciones nuevas haciendo posible la generalización de sus aprendizajes.
- El aprendizaje se produce sobre todo en el contexto natural, las situaciones cotidianas ofrecen al niño múltiples oportunidades de construir aprendizajes, de ahí la importancia de que el entorno próximo sea adecuado y estimulante.
- Las actividades deben ser funcionales y motivadoras insertas a sus rutinas diarias, de manera que facilite el aprendizaje significativo.
- El vínculo afectivo se construye en auténtico motor del desarrollo del niño/a, quien está fuertemente motivado por mantener proximidad y contacto físico con sus figuras de apego, busca activamente los intercambios comunicativos; por lo tanto resulta muy importante que la interacción entre el niño/a y los adultos sea gratificante para ambos.

- La atención Temprana no va dirigida sólo al niño sino a la familia.

2.1.3 Fundamentación de la Atención Temprana

A partir de la década de 1970, América Latina se ve influenciada por programas psicopedagógicos destinados a la población infantil de cero a cinco años, siendo la principal pionera en este campo la Dra. Eloísa García Etchegoyen, quien promovió estos programas por medio del Instituto Interamericano del Niño de la O.E.A Montevideo, Uruguay.

La Dra. Eloísa García Etchegoyen incorporó el término de estimulación precoz, concebido como toda atención oportuna que se le ofrece a un niño o niña desde su nacimiento. Unicef. (2004). *Guía Curricular de Estimulación Temprana o a 6 años*. 3ra Edición.

En los Estados Unidos la atención temprana surge por la década de los sesenta y en España en los años setenta. Con el programa norteamericano Head Start (1965) dirigidos a niños /as que provienen de contextos marginales, con la propósito de compensar déficits en su desarrollo resultado del ambiente socioeconómico y cultural en desventaja.

El programa Head Start se fortalece durante los años setenta y se sistematiza a partir de los ochenta, y es en el año de 1986 donde se regula, el objetivo del programa era romper el ciclo de pobreza.

Estos modelos comprenden una combinación de teorías y prácticas pedagógicas y se basan en cuatro aspectos fundamentales:

-
- Refuerzo positivo / enseñanza por directivas.
 - Desarrollo Cognoscitivo.
 - Aula Abierta
 - Combinación

En Estados Unidos con la publicación de la Ley 99/457, se enfatiza el derecho de las familiar a ser informadas con respecto al programa de atención temprana que será destinado para sus hijos/as. Los objetivos del programa son la consecuencia del acuerdo entre padres y profesionales, resultando el Plan de Servicios Individual y Familiar que adquiere carácter de contrato y será revisado cada seis meses. (Sánchez Asín, A. 1997:20).

En Europa se generaliza y consolida la importancia de la atención temprana a través del informe Warnock (1978), en el cual se recalca que los niños/as con posibles trastornos en su desarrollo desde el momento de su nacimiento o en etapas posteriores debían ser intervenidos a tiempo.

La Constitución Española (1978), en su Artículo 49, reconoce el derecho a la educación de todas las personas, y en el año 1982 se promulgó la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI).

En el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985, art. 2.1), se manifiesta la necesidad de una *“atención educativa especial del niño disminuido o inadaptado, la cual podrá iniciarse desde el momento en que, sea cual fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalías que aconsejan dicha atención o se detecte riesgo de aparición de las mismas”*.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

La L.O.C.E Ley Orgánica de Calidad de la Educación (2002) expresa lo siguiente:

Capítulo VII (art. 44), manifiesta que los alumnos con necesidades educativas especiales que requieran, en un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, y en particular en lo que se refiere a la evaluación, determinados apoyos y atenciones educativas, específicas por padecer discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales, o por manifestar graves trastornos de la personalidad o de conducta, tendrán una atención especializada, con arreglo a los principios de no discriminación y normalización educativa, y con la finalidad de conseguir su integración. A tal efecto, las administraciones educativas dotarán a estos alumnos del apoyo preciso desde el momento de su escolarización o de la detección de su necesidad

Capítulo VII (art. 45), afirma que “La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales de estos alumnos se realizará por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones. Estos profesionales establecerán en cada caso planes de actuación en relación con las necesidades educativas de cada alumno, contando con el parecer de los padres y con el del equipo directivo y el de los profesores del centro correspondiente.

La Organización de la Naciones Unidas (1982) con su “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidades” también manifiesta la importancia de la atención prioritaria a personas en situación de vulnerabilidad.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con su Programa Sectorial de Estimulación Precoz (DOG 23 – 8 – 85) enfoca su trabajo en la prevención secundaria con la disminución de efectos resultado de una enfermedad, deficiencia o incapacidad que se presente en la etapa de embarazo o después del parto. La intervención se dirige a los padres y en el niño/a.

La intervención a los padres se centra en el control de las reacciones emocionales producto del nacimiento de un niño con algún tipo de deficiencia, integrando a los padres en el proceso de estimulación.

La intervención en el niño incluye en su proceso de estimulación los acontecimientos de su entorno para desarrollar el área motora, lingüística, cognitiva, social y emocional.

También se resalta la creación del Grupo Earlyaid en 1990 conformado por padres de la Unión Europea, profesionales e investigadores. La finalidad del Grupo Earlyaid: “conseguir una concepción común de la atención precoz, mediante los intercambios de experiencias y de conocimientos, con la finalidad de crear las condiciones favorables para su desarrollo en Europa. Un deseo esencial es que esto lleve a una reglamentación y a una legislación, que asegure a cualquiera la accesibilidad a las estructuras de la atención temprana y que garantice su financiamiento a todos los Estados miembros de la Unión Europea” (Mountulet, 1993: 21).

Los primeros programas de intervención estaban enfocados en disminuir los efectos de la pobreza y la marginación sobre el cociente intelectual de los niños/as, posteriormente la atención fue dirigida a

niños/as con deficiencias biomédicas, aprovechando la plasticidad cerebral y acentuando la importancia de las primeras etapas de vida del niño/a.

En la actualidad la intervención está orientada a niños/as en situación de riesgo biológico y socio ambiental, apuntando la atención no sólo al niño/a sino también a la familia. (Mendieta, P., y García, F. A., 1998).

2.1.4 Objetivos de la Atención Temprana

El objetivo primordial de la Atención Temprana “es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban siguiendo un modelos que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”. (Libro Blanco, 2000)

De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos particulares que se basan en el mismo documento (Libro Blanco, 2000)

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.

-
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
 - Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
 - Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

2.1.5 Principios de la Atención Temprana

Los principios básicos de la Atención Temprana están puntualizados en el Libro Blanco de la Atención Temprana de la siguiente forma:

- **Diálogo, integración y participación:**

La atención temprana debe promover pautas de crianza y modelos educativos que partan del respeto hacia el niño como un sujeto activo y sobre todo la aceptación de patrones alternativos de ser, además facilitar el conocimiento global del niño, el acceso a su manera de expresar sus necesidades, deseos y la forma de comunicarse con otros.

La intervención debe estar dirigida a la familia con mecanismos que le permitan tener acceso a información referente al trastorno de su hijo/a, ser sujetos activos en este proceso, aprender a asumir y resolver sus problemas. La atención temprana debe proponer colaboración e integración con la familia a través del respeto a las costumbres, tradiciones, valores, creencias y el diálogo, en donde la intervención priorice las características propias del niño en su contexto sociocultural.

- **Gratuidad universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública:**

Los niños/as y sus familias deben tener acceso gratuito a servicios de atención temprana que les facilite todas las ayudas técnicas, intervenciones y asesorías de los profesionales.

Cuando un niño/a presenta algún trastorno surgen actitudes de marginación y exclusión social, la atención temprana con su accionar preventivo busca promover el respeto y comprensión a la diferencia, la igualdad de oportunidades, eliminación de barreras, así como la integración al contexto familiar y social.

- **Interdisciplinariedad y alta cualificación personal:**

Los profesionales que están inmersos en Atención Temprana deben tener una formación específica tanto en áreas concretas como en el marco conceptual común a estas áreas, realizar un trabajo en equipo.

Aquí se identifican cuatro áreas comunes:

- Especialización en desarrollo psicomotor infantil
 - Ahondar en Psicosociología de la dinámica familiar, su estructura, funciones y características sociales, culturales y económicas de la familia.
 - Conocimiento del marco legal, características sociales y antropológicas.
 - Formación en trabajo en equipo, toma de decisiones, dinámica grupal y roles.
-

Los servicios de Atención Temprana calificados y con niveles de excelencia requieren indispensablemente de profesionales con experiencia, altamente capacitados y con una supervisión continua que garantice una intervención óptima.

- **Coordinación:**

Los servicios de Atención Temprana deben promover el trabajo en redes locales, que proporcionen una mejor calidad de vida a las familias, ya que ellas requieren de acciones que tengan en cuenta su situación particular y el contexto en el que se desenvuelven. La coordinación debe registrarse en protocolos que permitan derivar a otros profesionales o instituciones encargadas de la atención a niños/as con trastornos en su desarrollo y sus familias, además mantener un registro informático completo en correspondencia con otras organizaciones y asociaciones de padres con un marco legal que salvaguarde la información y expedientes personales.

Es importante que las familias cuenten con un profesional de referencia, que les asesore permanentemente en los procesos de diagnóstico, intervención y continuidad de los servicios; así como también la transición por la cual atraviesan los niños/as de un período a otro. El objetivo principal de la coordinación es evitar la fragmentación en procesos y servicios que ocasionarían dificultades en su desarrollo, inclusión y adaptación a la vida cotidiana.

- **Descentralización:**

La descentralización se basa en el establecimiento de sistemas organizados de atención de acuerdo a las necesidades de la familia y su entorno, incluyendo el servicio a domicilio. La Atención Temprana debe formar parte de la atención primaria en salud y de los en servicios sociales, próximos a centros infantiles y escuelas. No se puede dejar de resaltar que la descentralización debe tener correspondencia con una apropiada organización, funcionamiento y acceso a servicios de atención más especializados.

- **Sectorización:**

Este principio indica la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios de atención temprana que guarden relación entre las necesidades del niño/a, la familia, el conocimiento de su hábitat, su entorno geográfico y la calidad de los equipos y servicios así como su demanda, con el propósito de que se incluyan más servicios educativos, sanitarios y sociales. Libro Blanco de Atención Temprana (2000).

2.1.6 Destinatarios de la Atención Temprana

La atención temprana va dirigida a toda la población infantil, con el objetivo de detectar tempranamente factores que pueden influir de manera negativa en el desarrollo del niño/a, e intervenir oportunamente para reducir o disminuir su efecto (GAT, 2002).

Según Guralnick y Bennett (1989), expresan los posibles destinatarios de atención temprana:

- a) Niños/as en situación de riesgo ambiental
-

Niños /as que viven en situaciones desfavorables de salud, educativas, económicas, sociales y emocionales que pueden ocasionar problemas en su desarrollo.

b) Niños en situación de riesgo biológico

Niños /as que han presentado problemas en la etapa pre, peri y postnatal y que se ha visto afectado su proceso madurativo.

c) Niños con retrasos, desviaciones discapacidades del desarrollo establecidas.

En este grupo están incluidos niños/as con retrasos, alteraciones y discapacidades documentadas de tipo cognitivo, motor, comunicativo, sensorial.

2.1.7 Áreas de intervención

La atención temprana tiene un carácter global, en donde todas las áreas de desarrollo se relacionan, por lo que la intervención está enfocada a todas las áreas, pero haciendo énfasis en aquellas que por sus necesidades, características y circunstancias lo requieren.

Las áreas de intervención de la atención temprana son las siguientes:

- Lenguaje: Esta área está relacionada con la habilidad para comunicarse y expresarse con su entorno, comprende lenguaje expresivo, comprensivo y gestual.
 - Motora: Comprende la habilidad para moverse y desplazarse, coordinación, control del movimiento corporal, movimiento estático y dinámico, equilibrio, tono muscular, motricidad fina y gruesa.
-

- Cognitiva: Le permite al niño/a relacionar, comprender, razonar, seguir instrucciones, adaptarse a situaciones nuevas con la utilización del pensamiento y la interacción con el entorno.
- Socio - afectiva: Comprende las experiencias afectivas y la socialización del niño/a con sus pares, con su familia y con su comunidad, identificación de emociones y resolución de problemas.
- Sensorial: Se centra en la estimulación y utilización de los sentidos.

Intervención en el contexto

Los programas de Atención Temprana se articula en dos líneas: Intervención en el niño/a e Intervención en el entorno (familiar y escolar).

Intervención en el entorno

Este modelo de intervención va dirigido a los contextos en los cuáles se desenvuelve el niño/a, a través de acciones que mejore la calidad de estos escenarios, este plan de actuación debe abordarse por un profesional experto en asesoramiento, que sea el nexo con todo el equipo y el referente para la familia y/o educadores, estableciéndose una relación fluida. El entorno familiar y el entorno escolar son los espacios que se deben intervenir básicamente.

Los servicios de Atención Temprana han dado respuesta a las dos líneas de intervención tanto al niño/a como al entorno; ya que los dos

tienen el mismo grado de significación e implica buscar nuevas alternativas y cambios sustanciales en el modelo de intervención.

2.1.8 Marco Normativo de la Atención Temprana

En referencia al marco legislativo de la Atención Temprana tanto a nivel internacional y estatal se cuenta con la Declaración de los Derechos de los niños publicada por la ONU en el año de 1959, que en su principio V, dice: *el niño impedido física o mentalmente impedido debe recibir tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requieren su caso particular.*

En la Convención de los Derechos de los niños (1989), se establecen los derechos como obligaciones de los Estados que son miembros; en su Art 23.4 manifiesta *“promoverán el intercambio de la información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva de los niños impedidos, así como el acceso a esa información”.*

En la XXIX Asamblea Mundial de la Salud (Mayo 1976) se adoptó la Resolución 29.35, en el cual se aprueba la “Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud” (OMS), que se basa en el modelo de consecuencias de la enfermedad, según la cual se entiende por:

- DEFICIENCIA: *“Dentro de la experiencia de salud, es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”*
- DISCAPACIDAD: *“Dentro de la experiencia de la salud, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la*

capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

- MINUSVALÍA: *“Dentro de la experiencia de la salud, es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desarrollo de un rol, que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales)”.*

En la Asamblea General de Naciones Unidas del 3 de Diciembre de 1982, con Resolución 37/52, se aprueba el “Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad” relacionado con el esquema conceptual de clasificación establecido por la OMS y basados en acciones que promuevan la prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades, entendiendo por:

- PREVENCIÓN: Promover acciones dirigidas a la prevención primaria evitando la aparición de deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, y prevención secundaria impidiendo que resultado de una deficiencia se presenten secuelas psicológicas, físicas y sensoriales.
 - REHABILITACIÓN: El objetivo de la rehabilitación es lograr que una persona con algún tipo de deficiencia adquiera un nivel físico, psicológico y social adecuado.
 - IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: Lograr que el sistema educativo, social, educativo, laboral, económico y social sea accesible para todos en igualdad de oportunidades
-

Pérez, P. (2003). *Técnicas de Intervención. Educación Especial*. Madrid

2.1.9 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF - OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1980 publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con un carácter experimental. La CIF es resultado de la revisión de la CIDDM durante los años 80 y 90, dando como resultado una clasificación nueva en la cual pasa de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” a una clasificación de “componentes de salud”.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicada oficialmente por la OMS en año 2001, tiene como objetivo primordial aportar un lenguaje unificado y estandarizado para referirse a la descripción de la salud y sus estados, basado en un modelo multidimensional.

Los componentes de la clasificación están estructurados en dos categorías:

- Funcionamiento y Discapacidad: Funciones y Estructuras Corporales, Actividades, Participación.
- Factores Ambientales: Factores Ambientales y Factores Personales.

Se define como Funciones Corporales a las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales, y las estructuras son las partes anatómicas del cuerpo.

Las actividades son consideradas como acciones realizadas por las personas, mientras que la participación es la implicación en situaciones vitales.

El contexto social e inmediato lo componen los factores ambientales y los factores personales son las características de las personas y los estilos de vida.

Se debe considerar que la CIF no clasifica personas sino que describe situaciones de las personas dentro de los dominios de la salud o dominios relacionados con estados de la salud dentro de su contexto ambiental y personal.

CUADRO No. 1 Visión general de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, CIF - OMS

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales. Estructuras Corporales.	Áreas vitales (Tareas y Acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias Internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológico) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/ realización. Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona.
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural.	Actividades y Participación	Facilitadores	No aplicable

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

	Funcionamiento			
Aspectos Negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad. Restricción en la participación.	Barreras/ Obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

CUADRO No. 2 Funcionamiento y discapacidad
Parte 1: Funcionamiento y discapacidad

COMPONENTES	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación
DOMINIOS	Funciones Corporales. Estructuras Corporales	Áreas vitales (Tareas y Acciones)
CONSTRUCTOS	Cambios en las funciones corporales (fisiológicas) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/ realización. Realización de tareas en el entorno real.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

CUADRO No. 3 Factores contextuales
Parte 2: Factores contextuales

COMPONENTES	Factores Ambientales	Factores Personales
DOMINIOS	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias Internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
CONSTRUCTOS	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

La clasificación proporciona un perfil sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud de los individuos en varios dominios, además

pertenece a la “familia” de clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales pueden ser aplicadas en diferentes ámbitos de la salud, facilitando un marco conceptual para codificar información relacionada con el diagnóstico, discapacidad y motivos de referencia a servicios de salud.

Dentro de los objetivos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad encontramos los siguientes:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, mejorando la comunicación entre profesionales de la salud, población en general y personas con discapacidad.
- Permite la comparación de datos entre países, servicios y disciplinas sanitarias.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

La CIF es aplicada como una herramienta estadística para la recogida y registro de datos, como una herramienta de investigación para medir los resultados de los factores ambientales, en el ámbito clínico a través de la valoración de necesidades, en la rehabilitación, emparejamiento de tratamientos en condiciones específicas de salud y evaluación de resultados.

Como herramienta de política social la CIF busca diseñar e implementar políticas y planificar sistemas de seguridad social y

finalmente en el contexto educativo para el diseño de un currículo que permita la concienciación de la sociedad y la puesta en marcha de actividades sociales. (OMS, 2001).

CUADRO No. 4 Normativo Comparativo en el Contexto Europeo

PAÍS	ANTERIOR 2004	POSTERIOR 2004 - 2005
Alemania	<p>1974 Ley Federal (Bundessozialhilfegesetz – BSHG) que permite al “Bundesländer”, establecer centros de atención temprana para niños con discapacidad o en riesgo de padecerla y el apoyo a sus familias.</p> <p>1974 Fundación de los primeros centros interdisciplinarios regionales y orientados a la familia en Baviera.</p> <p>2001 Ley Federal Especial (Sozialgesetzbuch IX) relativa a la detección temprana de necesidades especiales y AT interdisciplinaria.</p>	<p>2005 Aplicación de programas de educación temprana (Frühe Bildung) para la prevención de la infancia en riesgo</p> <p>2005 Ley Bávara sobre Centros Infantiles Integrados (BayKiBiG)</p> <p>2007 Establecimiento de un “Centro Nacional de Asistencia Temprana” que desarrolla un sistema de detección para la infancia en riesgo, que apoya a las familias y que desarrolla el trabajo coordinado entre diferentes instituciones en los primeros años y para fomentar la investigación en AT. 2008 Ley federal que incrementa el número de guarderías (para niños de 0 a 3 años).</p>
Austria	<p>a) Nivel federal 1967 (Compensación a las familias: compensación económica a niños que tengan un grado de discapacidad del 50%)</p> <p>b) Nivel provincial y federal (1993 en adelante), varias leyes y regulaciones relativas a la “prestación de asistencia”, sobre el complejo asunto de la necesidad de atención de atención a niños muy pequeños y el cuidado adicional por discapacidad.</p>	<p>a) Nivel federal 2009 Ley de Igualdad de las personas con discapacidad: se prohíbe la discriminación de las personas con discapacidad. 2009, Styria, Enmienda a la prestación de asistencia.</p> <p>Se destaca la necesidad del cuidado a los niños con discapacidad severa (un mayor número de niños pequeños recibirán ayuda).</p>

	<p>c) Nivel Provincial (este nivel regula la AT. Desde 1985 en Styria, la AT es un servicio reconocido para la infancia con discapacidad o en riesgo de padecerla. 1990/1991 Ley de Salud Juvenil:</p> <p>La AT se define también como un servicio para el bienestar</p> <p>1993 Reglamentación de la organización de la AT: p.ej. sobre la identificación de los estándares básicos de la formación de los profesionales.</p> <p>2. Alto Austria Diferentes regulaciones y práctica heterogénea.</p> <p>3. Viena 1986 Ley para las Personas con Discapacidad: la AT se considera un apoyo a la transición a la escolarización.</p> <p>1990 Ley de Salud Juvenil: base de la AT.</p>	<p>c) Nivel Provincial 2004 Styrian (nueva) Ley de Servicios para las Personas con Discapacidad: derechos en relación a los servicios destinados a las personas con discapacidad, implementación de normativa sobre modelos de financiación; implementación de equipos independientes para la evaluación de los expertos</p> <p>2005 Enmienda a la Ley de Salud Juvenil: se definen estándares básicos de calidad de la AT. Los servicios de AT son gratuitos para los padres.</p> <p>2. Alto Austria 2005 (nueva) Ley de Igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad: AT disponible para los niños escolarizados. Las decisiones se toman en los distritos. Se definen requisitos básicos en la formación de los profesionales.</p> <p>3. Viena 2009 (nueva) Ley de Igualdad de oportunidades: La AT se incluye dentro de la lista de servicios obligatorios destinados a la infancia.</p>
Chipre	1989 Ley de Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales	2009 Establecimiento del Departamento de Integración Social de las Personas con discapacidad aplicando la

	<p>1999 Ley, 2001 Regulaciones y 2001 Administrativo</p> <p>Leyes sobre la educación y formación de los niños con necesidades especiales. Mecanismos de Detección Precoz de Niños con Necesidades Especiales</p> <p>2000/2004 Ley a favor de las Personas con Discapacidad</p> <p>2001 Decisiones del consejo de Ministros estableciendo la Coordinación de los Servicios de AT</p> <p>2001 Regulaciones en la Detección Precoz de niños con Necesidades Especiales</p> <p>2001 Regulaciones de la Educación y Formación de los Niños con Necesidades Especiales</p>	Ley de Personas con Discapacidad de 2000–2004
Dinamarca	<p>Ley de Educación</p> <p>1998 Ley de Servicios Sociales</p>	<p>2004 Ley sobre planes de aprendizaje pedagógico para la infancia: desde enero de 2007 todos los ayuntamientos tienen la obligación de aplicar la misma política para asegurar la coherencia entre actuaciones generales y preventivas y dirigirlas a la atención de los niños con necesidades educativas especiales.</p>
Eslovenia	<p>No existe legislación específica para la AT. La salud y a prevención es responsabilidad del Ministerio de Salud.</p>	<p>Durante 2009/10 se están elaborando una ley sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y otra sobre igualdad de condiciones para niños con necesidades educativas especiales.</p>

España	<p>1982 Ley de Integración Social de los Minusválidos</p> <p>1995 Real Decreto de Ordenación de la Educación de Los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales</p> <p>1997–2002 I Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid, pretende hacer una estimación de la incidencia real de los trastornos de desarrollo infantiles</p> <p>2000 publicación de “Libro Blanco de la Atención Temprana” que establece los principios para el futuro desarrollo de la AT</p> <p>2002 Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza restablece el periodo de edad 0–3 como una etapa socio-educativo.</p> <p>2003 Ley de Igualdad de Oportunidades no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad nuevas disposiciones principalmente referidas a la accesibilidad.</p>	<p>2005, II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid incluye la oferta existente de AT.</p> <p>2006 Leyes reguladoras de la educación inclusiva y de la dependencia para las personas con discapacidad, incluyen los aspectos específicos del periodo infantil 0–3 años.</p> <p>2006 Ley Orgánica de Educación (Ámbito nacional) con un compromiso decidido por la educación inclusiva y el incremento de centros infantiles gratuitos (0–3 años). En el ámbito regional “Plan Educa3” (2009)</p>
Estonia	1992 Ley de Educación	2008 Programa ESF, “Desarrollo de una Organización Educativa de Información y Asesoría”, pretende asegurar la AT en todas las zonas

	1999 Ley de Instituciones al Cuidado de los Niños en Edad Escolar que pretende la inclusión con necesidades educativas especiales en centros infantiles ordinarios.	2008 Programa estatal “Un centro infantil para cada niño”
Finlandia	<p>1972 Ley de Salud Pública y 1991 Decreto sobre Rehabilitación Médica</p> <p>1973 Ley de Atención de Día a la Infancia</p> <p>1977 Ley sobre servicios especiales para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1982 Ley de Bienestar Social</p> <p>1987 Ley de Bienestar Social, Servicios y Asistencia a las Personas con Discapacidad (dotaciones generales para personas con discapacidad a cualquier edad)</p> <p>2001 Reglamento que establece que la enseñanza en centros infantiles de día y en colegios será gratuita hasta los seis años.</p>	<p>2005 Ley de Apoyo a los familiares</p> <p>2009 Anexo a la Ley (1987 Servicios para las Personas con Discapacidad): Asistente Personal y planes de servicios personales para las personas con discapacidad</p>
Francia	<p>1975 Ley que define las directrices para las personas con discapacidad</p> <p>1989 Ley para la protección y la promoción de la salud familiar y del niño</p>	<p>2005 Ley sobre igualdad de derechos y oportunidades, participación y ciudadanía de las personas con discapacidad</p> <p>2007 Decreto que establece las responsabilidades de los centros y los servicios de día</p> <p>2008 Informe Ministerial sobre el desarrollo de la AT</p>

		2009 Metas y organización de la Convención firmada por el Gobierno y por el Departamento Nacional de Seguros que define las necesidades y el apoyo financiero para la aplicación del derecho de las familias al cuidado de sus hijos
Grecia	1981 Ley sobre la ubicación de unidades de atención especial para niños y sus padres 1985 Ley de Educación, que determina la educación de necesidades especiales. 2000 Ley de Educación Especial, el Ministerio de Educación estableció los Centros de Diagnóstico, Evaluación y Apoyo en las capitales de provincia para todos los niños, principalmente a partir de los 3 años	2008 Ley 3699/2008 sobre Educación Especial y la Educación de Personas con Discapacidad o con Necesidades Educativas Especiales
Hungría	1993 Ley de Provisión Social (y siguientes normas reguladoras) 1993 Ley de Educación 1997 Leyes de Salud (y siguientes normas reguladoras.	2006 Ley de Igualdad de Derechos
Irlanda	1998 Ley de Educación 1999 documento político "Primeras directrices Nacionales para la Protección y el Bienestar de la Infancia" 2000 Estrategia Nacional para la Infancia "Nuestra infancia, sus vidas" 2000 a 2004 Leyes sobre Igualdad	2004 Ley sobre Educación de las personas con necesidades educativas especiales 2005 Ley de la Discapacidad Las leyes de 2004 y de 2005 pretenden asegurar la eficacia de la coordinación entre los sectores sanitario y educativo

Islandia	<p>1992 Ley para las personas con discapacidad</p> <p>1993 Ley de Servicios Sociales Locales</p>	<p>2007 Resolución Parlamentaria sobre un plan de acción de cuatro años para mejorar la situación de la infancia y de los adolescentes</p> <p>2008 Nueva Ley de Educación: Ley sobre Centros Infantiles y sobre Educación Obligatoria, ambas persiguen asegurar el bienestar y la adaptación de los niños que pasan de educación infantil a obligatoria</p> <p>2008 Ley sobre Centros de Servicios y Conocimiento para las personas ciegas o con dificultades visuales o para las personas sordas o con dificultades auditivas</p> <p>2004 programas estatales “Letonia para la Infancia” y Concepto Estatal para las Políticas Familiares dirigidos a los principios de AT</p> <p>2007 Plan Nacional de Desarrollo, que introduce principios de AT.</p> <p>2007 Directrices Estratégicas para el Desarrollo de la Educación, enfatizando el desarrollo de la educación infantil.</p>
Letonia	<p>1997 Ley de Tratamiento Médico, junto con Regulaciones desde 2004 sobre organización y financiación del cuidado sanitario en el que se tratan asuntos sobre disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud</p>	<p>2004 programas estatales “Letonia para la Infancia” y Concepto Estatal para las Políticas Familiares dirigidos a los principios de AT</p>

	<p>1998 Ley de Protección y derechos de la Infancia (grandes cambios en 2004): gratuidad de la educación y de la atención sanitaria para todos los niños y el apoyo y los servicios adicionales para niños con necesidades especiales.</p> <p>1998 Ley de Educación, sobre los principios de asequibilidad, proximidad, diversidad y calidad de los servicios educativos</p> <p>1999 Ley de Educación General, en 2001 se amplía con Regulaciones sobre las competencias de las comisiones médicas y pedagógicas locales y estatales</p> <p>2001 Regulaciones sobre el acceso a centros de educación especial (define los grupos destinatarios de los servicios educativos especializados)</p> <p>2002 Ley sobre los Servicios y la Asistencia Social, trata sobre disponibilidad, proximidad y coordinación interdisciplinar de los servicios sociales</p> <p>2002 Ley sobre Subsidios Sociales Estatales, sobre la financiación de las becas a las familias con hijos</p>	<p>2007 Plan Nacional de Desarrollo, que introduce principios de AT</p> <p>2007 Directrices Estratégicas para el Desarrollo de la Educación, enfatizando el desarrollo de la educación infantil.</p>
Lituania	<p>1996 Ley de Protección de los Derechos de la Infancia</p> <p>1998 Ley de Educación Especial</p> <p>2000 Normas Reguladoras sobre AT</p>	<p>2009 El Ministerio de Educación preparó y aprobó en un documento oficial <i>“La descripción del modelo de mejora de la vida y las condiciones educativas de la infancia desde el nacimiento hasta la escolarización”</i> en consonancia con el Programa Gubernamental 2008–</p>

		2012
Luxemburgo		<p>2008 Ley de Ayuda a la Infancia y las Familias, que reorganiza los servicios de apoyo social y educativo y presenta la “Oficina Nacional de la Infancia”</p> <p>2009 Ley de Educación que crea las comisiones locales y regionales para la inclusión.</p>
Malta		<p>2006 Normativa Nacional sobre Educación Infantil y Atención Temprana</p> <p>2006 Publicación de Estándares Nacionales para los Centros de Día Infantiles</p>
Países Bajos	<p>Ley General sobre los Costes de la Salud Especial (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)</p> <p>Ley que otorga subvenciones a varias organizaciones que apoyan a las familias (Wet) 2004 Ley de Atención a la Juventud, entre 0–18 años</p> <p>2004 Financiación Básica a la Infancia, que regula la estructura del sector de la atención infantil.</p>	<p>2004 Ley de Atención a la Juventud, entre 0–18 años</p> <p>2004 Financiación Básica a la Infancia, que regula la estructura del sector de la atención infantil</p>
Polonia	<p>1999 Directrices Gubernamentales para la AT</p> <p>1999 Resolución Gubernamental sobre AT</p>	<p>2005–2007 programa “Asistencia temprana multi especializada, coordinada y continua para niños discapacitados y sus familias”</p> <p>2009 preparación por parte del Ministerio de Educación de un sistema de evaluación de la eficacia de la AT.</p>

	2005–2007 programa “Asistencia temprana multi especializada	
Reino Unido (Inglaterra)	<p>1995 Ley sobre la No Discriminación de la Personas con Discapacidad cuya enmienda es la Ley de Necesidades Educativas Especiales de las Personas con Discapacidad (2001): centros infantiles de Primeros Años para menores de 5, no para tratar a niños con discapacidad, si no para realizar los “ajustes necesarios” para incluir a los niños en centros o actividades ordinarias.</p> <p>2001 Código de Prácticas para niños con nee</p> <p>2002 Código de Prácticas de las nee en Gales: Ofrece orientaciones para la oferta de apoyo adicional a los niños con nee y discapacidad en centros ordinarios para niños con menos de cinco años. Refleja la idea de que en la ley de educación los niños serán escolarizados con normalidad en centros ordinarios</p> <p>2003 “Juntos desde el Principio”: directrices conjuntas del Departamento de Educación y Competencias y el Departamento de Sanidad sobre la organización integral de servicios de AT para niños menores de 3 años, en trabajo conjunto con las familias.</p>	<p>2004 Ley de la Infancia: Promueve una mayor actuación integrada entre los servicios de salud, educativos y de asistencia social en todos los niveles</p> <p>2005 Servicio Marco Nacional para los Servicios Infantiles y Maternales 2006 Servicio Marco Nacional para los Servicios Infantiles, de la Juventud y Maternales en Gales:</p> <p>Establece estándares nacionales para la prestación de servicios a niños y jóvenes, incluidos los servicios de AT para niños de menos de 5 años con nee y discapacidad. Demanda y apoya el desarrollo de servicios de asistentes clave.</p> <p>(Requisito legal en Inglaterra desde 2008)</p>

Fundación Primeros Años: marco de calidad regulador de la prestación de atención, educación y desarrollo de la infancia desde el nacimiento a la escolarización que se produce cuando cumplen cinco años. Promueve la inclusión y el aprendizaje individualizado para los niños con nee y discapacidad.

(Desde 04/2003 en Inglaterra, desde 09/2009 en Gales)
Programa de Apoyo Temprano: Programa nacional en proceso que apoya la aplicación a nivel local de “Juntos desde el Inicio” y el desarrollo de servicios de AT para niños menores de 5 años siguiendo el modelo de servicios de la Agencia Europea

2004 Eliminación de Barreras para el Éxito:
Promueve la inclusión de los niños menores de cinco años en centros ordinarios de Primeros Años, incluyendo colegios y anunciando el Programa de Desarrollo de la Inclusión apoyando a los centros escolares en la atención de los niños con dificultades de lenguaje y de la comunicación, niños en el Espectro Autista y los que presentan Trastornos de Conducta, Emocionales y sociales.

		2007 Aiming High for Disabled Children (Buscando lo mejor para los niños con discapacidad): presenta un programa nacional para el desarrollo de la oferta de atención infantil para los niños con nee y discapacidad de todas las edades, incluyendo los menores de cinco años.
Suecia	1995 Ley Escolar 1982 Ley sobre Servicios Médicos y de Salud, Ley de Bienestar Social, Servicios y Asistencia a las Personas con Discapacidad 2001 Ley de Bienestar Social.	

Fuente: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. (2010).

Este apartado pretende mostrar una visión integral de los cambios y avances en el ámbito de la atención temprana en Europa desde el año 2005, referentes a disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad.

Uno de los principales objetivos que se generalizaron en el modelo de atención temprana, se enmarca en que la atención llegue lo más pronto posible a los menores y sus familias, ello implica adoptar políticas públicas locales y nacionales que garanticen el derecho que tienen los menores de recibir atención temprana cuando lo requieran.

El acceso a la información pormenorizada es un elemento importante dentro de la atención temprana y debe estar dirigida a los padres para una mejor comprensión del proceso de intervención en sus hijos.

A partir del 2005 en base a los datos recopilados en el proyecto de Agencia, se observa el impulso que se ha dado a reformas, medidas y políticas para el desarrollo de los servicios de atención temprana para la población infantil y sus familias en el ámbito europeo, a pesar de las diferencias encontradas y que tienen relación con el contexto particular de cada país. En Europa las políticas y medidas en atención temprana están directamente relacionadas con el ámbito de salud, educativo y social.

En consecuencia en la promoción de políticas que favorezcan el desarrollo de la atención temprana deben estar inmersos los sectores sanitarios, educativos y sociales, a través de sus Ministerios.

La responsabilidad de estos tres sectores en los distintos niveles de la atención temprana dependen de factores como: necesidades de los menores, edad, disponibilidad de los servicios y acuerdos ministeriales. Todos los países concuerdan que la coordinación intersectorial local, regional y nacional entre los sectores implicados en políticas y prácticas para lograr una atención temprana satisfactoria es imprescindible.

Con respecto a los servicios de bienestar materno – infantil, todos los países ofrecen apoyo prenatal, revisiones médicas periódicas durante la gestación, asesoramiento a las familias y preparación para el parto.

En los servicios de salud de todos los países participantes, consideran el primer año de vida del menor como crucial para la detección de alteraciones y dificultades, plantean seguimientos médicos periódicos físicos y psicológicos, así como también la inmunización durante el primer año de vida.

La tendencia en Europa está dirigida a que la atención temprana cubra las necesidades de la población infantil en riesgo, valore y asesore por medio de servicios locales a menores con necesidades educativas especiales y sus familias.

En los países bajos las políticas en el ámbito sanitario, educativo y social se basan en criterios específicos para identificar y clasificar las necesidades de los infantes, a pesar de ello continúa siendo un reto la elección de los servicios, el acceso del menor y su familia a los recursos y al apoyo adecuado, ello se debe en algunas ocasiones a la falta de

personal calificado en el conocimiento de las necesidades, lo cual constituye una marcada diferencia de la atención primaria en distintas regiones de un mismo país.

Los procedimientos para identificar la presencia de discapacidades en los menores o que tienen el riesgo de padecerla están presentes en Europa no de una manera homogénea, pero se manifiesta que en algunos sectores se encuentran mejor desarrollados que en otros.

En ciertos países los menores considerados de riesgo, con necesidades educativas especiales, de escasos recursos económicos y en situación de exclusión social son considerados prioridad para acceder a los servicios de atención temprana.

A la par en el 2005 se propuso la descentralización de los servicios, proporcionar información apropiada del entorno familiar y garantizar la equidad en los servicios aún con las diferencias geográficas. Igualmente se puntualizó considerar de las necesidades de la familia y de los menores y su involucramiento en la toma de decisiones dentro del plan de intervención.

La proximidad de los servicios de atención temprana es una tendencia en Europa, puesto que se considera trascendental que estos servicios se encuentren cerca de los menores y sus familias, lo cual permite conocer el entorno familiar, que en la actualidad es multicultural. De igual manera se observa diferencias significativas de los servicios de atención temprana entre zonas urbanas y rurales, puesto que se organizan de manera distinta por aspectos demográficos.

Las grandes ciudades cuentan con mejores servicios y personal cualificado, situación que no ocurre en las zonas rurales que presentan escasez de servicios en atención temprana.

Finalmente puede señalarse que los países participantes han trabajado arduamente en alcanzar avances significativos en el desarrollo de los servicios de atención temprana, promoviendo políticas y medidas locales, regionales y nacionales para mejorar la cobertura, acceso y calidad de los programas ofrecidos a los niños y sus familias.

Los cambios positivos están a la vista, pero queda mucho camino por recorrer para instaurar una sociedad más inclusiva, respetuosa de los derechos de los menores y sus familias. Atención Temprana: Progresos y Desarrollo (2005 - 2010).

2.1.10 Marco Normativo de la atención temprana en Ecuador

La actual Constitución Política del Ecuador (2008), en su Capítulo Tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección sexta: Personas con Discapacidad, artículos del 47 al 49, manifiestan que el Estado garantizará políticas de prevención de discapacidades y adoptará medidas que aseguren rehabilitación integral, inclusión social, equiparación de oportunidades para lograr el máximo desarrollo de la personalidad, autonomía e independencia.

El Código de la Niñez y Adolescencia, publicado por Ley 100. En el Registro Oficial 737 del 3 de Enero del 2003 expresa:

Título II

Principios Fundamentales

Artículo 12.- Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.

Se dará prioridad especial a la atención de menores de seis años.

En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás.

Título III

DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Capítulo III Derechos relacionados con el desarrollo

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición.

Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten.

El Estado asegurará el ejercicio de estás derechos mediante su acceso efectivo a la educación y a la capacitación que requieren; y la prestación de servicios de estimulación temprana, rehabilitación, preparación para la actividad laboral, esparcimiento y otras necesarias, que serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes cuyos progenitores o responsables de su cuidado no estén en condiciones de pagarlos.

La Agenda Social de la Niñez y la Adolescencia (ASNA) Juntos por la equidad desde el principio de la vida, es instrumento de política pública elaborada por el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA) en el año 2007 - 2010, regenta el accionar de los organismos que forman parte del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.

El objetivo de la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia es cumplir con lo que dispone la Constitución y el Código de la Niñez y Adolescencia *“asegurar la protección integral de los derechos y garantías de la niñez y adolescencia”* (Art.193).

Las políticas públicas priorizadas en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia tienen relación con el cumplimiento de los derechos de supervivencia, desarrollo, protección y participación, estos derechos están íntimamente vinculados con el desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes y su vida familiar.

El Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia 2004 – 2014 plantea políticas, estrategias y metas orientadas a proteger a niños, niñas y adolescentes y que aseguren el ejercicio de sus derechos.

En este contexto uno de los objetivos del Plan Decenal manifiesta que es indispensable implantar las condiciones necesarias para que niños, niñas y adolescentes se encuentren protegidos y accedan favorablemente a una vida saludable y en relación con las Políticas Públicas de Protección Integral a menores de seis años, indican que se debe garantizar el acceso de menores de cinco años a servicios, programas y proyectos de desarrollo infantil con calidad, con un enfoque de corresponsabilidad familiar.

El Desarrollo Infantil Integral es una política de Estado prioritaria que involucra que todos los menores ecuatorianos accedan a programas que contribuyan a su desarrollo, esta política se ejecuta a través del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), con sus dos Modalidades Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).

El Desarrollo Infantil permite reducir los índices de pobreza y desigualdad estructural, invertir en esta política beneficia en alcanzar mejores resultados en los niveles de escolaridad y su permanencia que va de la mano con una buena nutrición.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), está impulsando el fortalecimiento de políticas y programas que aseguren los derechos de los niños, niñas, jóvenes, adultos mayores, personas con

discapacidad que incidan en una verdadera inclusión económica y social.

Las políticas, leyes y programas en nuestro país son integrales y promueven la atención a grupos vulnerables y personas con discapacidad, entre ellas tenemos:

- Constitución Política de la República del Ecuador, 2008. Artículos 35 – 49. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.
- Código de la Niñez y Adolescencia, 2003.
- Ley Orgánica de Discapacidades en el Ecuador, 2012.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, texto aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006.
- Reglamento General de la Ley de Educación.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural.
- Agenda Social de la Niñez y Adolescencia. Juntos por la Equidad desde el Principio de la Vida, 2007 – 2010.
- Reglamento General de Educación Especial, Decreto No 4850.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Ley No 129, promulgada en el Registro Oficial No. 381, 10 de Agosto del 1998.
- Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, 2004 – 2014.
- Plan de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Cantón Ambato.

2.1.11 Modelos de intervención

El modelo actual de Atención Temprana (AT), dirige su accionar hacia el niño/a, la familia y su entorno. La intervención conlleva no sólo estimular todas las áreas de desarrollo sino también capacitar y asesorar mediante acciones concretas a la familia. Un aspecto prioritario del modelo de atención es mejorar la relación del niño/a con su entorno, por lo tanto la interacción juega un papel elemental en el ámbito de la intervención.

Cuando la interacción niño/a - adulto se da de forma adecuada se instaure una adaptación mutua que facilita el desarrollo del niño/a.

Existen varios aspectos comunes en los actuales modelos de Atención Temprana (Candel, 2003).

- Se concibe al niño/a como un sujeto activo en el proceso de aprendizaje.
- El aprendizaje se produce en el contexto natural, por lo que el entorno debe ser estimulante y apropiado.
- Las actividades deben favorecer el aprendizaje significativo a través de acciones estimulantes y eficaces acorde al nivel del niño/a y a sus intereses.
- Refuerzo social con el logro de propósitos.
- El vínculo afectivo y el contacto físico con sus figuras de apego influye notablemente en el desarrollo del niño/a.
- Relación familia – niño/a, el progreso del niño/a permite ajustar las expectativas de la familia, las cuales marcarán significativamente el desarrollo del niño/a.

-
- La Familia considerada como componente primordial en Atención Temprana.

Los programas de Atención Temprana se articulan en dos líneas: Intervención con el niño/a e intervención con el entorno.

- **Intervención con el niño/a:** Concebido como un proceso de evaluación e intervención permanente mediante acciones que engloben todas las áreas de desarrollo y se realicen en un ambiente cálido, afectivo y seguro. La intervención la ejecutará el equipo de profesionales en forma coordinada y el plan de acción contemplará las necesidades en las diversas áreas y de acuerdo a cada niño/a para potenciar su desarrollo integral. En este contexto la multidisciplinariedad en el proceso de intervención temprana, debe garantizar una atención que responda a las características derivadas del trastorno y a las necesidades que presenta el niño/a durante su crecimiento y desarrollo.
 - **Intervención con el entorno:** Son las acciones dirigidas a los contextos familiar y escolar en los que se desenvuelve el niño/a, el objetivo principal de esta intervención es mejorar la calidad de los mismos, equilibrar la situación socioemocional con lo cual se evita la aparición de trastornos asociados. La intervención deberá ser emprendida por un solo profesional especialista en asesoramiento, que agrupe todo el trabajo del equipo, y sirva de referencia a la familia, estableciendo con ellos una relación adecuada.
-

2.1.11.1 Programas de seguimiento individual

Cuando se habla de potencialización de las características físicas y mentales del niño/a, tipo de estímulo, su grado y calidad y el momento en el cual debe llevarse a cabo, se refiere a los programas de seguimiento individual.

Para atender tempranamente a los menores se requiere de un amplio conocimiento sobre su desarrollo y dominio de técnicas científicas que le permitan brindar una intervención óptima para un desarrollo integral.

Los programas en atención temprana tienen fines preventivos y terapéuticos, en un inicio estos programas estaban dirigidos a niños con trastornos en su desarrollo, posteriormente se extendieron a niños que por estar sometidos a condiciones biológicas y psicosociales desfavorables presentaron desviaciones en su desarrollo.

2.1.11.2 Programas grupales - Modelos de intervención familiar

Los modelos y programas de Atención Temprana implican por un lado la intervención del profesional en la relación adulto – niño/a en el ambiente natural en el que se desenvuelve, para ello se requiere el conocimiento profundo sobre las características del desarrollo del niño/a y su relación con su contexto familiar y por otro el asesoramiento que se establece adulto – adulto, entre el especialista y la familia. En este proceso de asesoramiento entre los profesionales de Atención Temprana y la familia se produce un aprendizaje mutuo, donde padres

y profesionales en distintos momentos desempeñan el rol de alumno – educador.

El profesional que cumple con la función de asesor debe acoplarse a las características de los padres con los que establece interacción, además es importante que esté al tanto del nivel de conocimientos que poseen los padres sobre un tema específico y ajustarse a sus necesidades.

El asesoramiento también influye en la relación adulto - niño/a y en su desarrollo. La familia y el niño/a constituyen elementos esenciales del proceso de enseñanza – aprendizaje alternado su rol de alumno – educador. En Atención Temprana la intervención familiar a través del asesoramiento facilita la construcción de un contexto propicio para el desarrollo integral del niño/a.

2.1.11.3 Modelos de Intervención Familiar

La Atención Temprana es una disciplina nueva en la cual la investigación en este campo es insuficiente, a pesar de ello de los trabajos científicos que se han llevado a cabo en este ámbito se puede llegar a algunas conclusiones sobre la importancia de la intervención en la familia.

Guralnick (1997) concluye en sus investigaciones sobre su Modelo de Desarrollo Temprano y Factores de riesgo, que el desarrollo del niño/a está influenciado por tres componentes:

- Patrones Familiares: Incluye la calidad de intercambios comunicativos adulto – niño/a, experiencias organizadas por la familia y ambientes que promueven la salud y seguridad.

- Características de la Familia: Comprende las características de los padres y del niño/a que no están derivadas de su discapacidad.
- Factores estresantes potenciales debidos a la alteración del niño/a: Incluye la necesidad de información, angustia interpersonal y familiar, falta de confianza y necesidad de recursos.

Spiker y Hopmann (1997) expresan los beneficios de la Atención Temprana para los padres, puesto que a través de los grupos de apoyo y las terapias con el estimulador facilitan su ajuste emocional.

Kalmanson. (1996) explica que el éxito de la intervención temprana está en el tipo de relación que se establece entre profesionales y padres, resalta la importancia de incluir a la familia en el proceso de intervención.

Peterander (1999) puntualiza aspectos de cooperación que mejoran la calidad del proceso de intervención entre los profesionales y padres:

- Contribuir en la creación de un contexto físico y emocional propicio para el desarrollo del niño/a.
 - Generar a través de la intervención autonomía de la familia en el cuidado y seguridad que da su hijo/a con discapacidad en la vida diaria, de acuerdo a sus necesidades.
 - Favorecer los procesos de intervención y comunicación entre padres e hijos/as.
 - Orientar a los padres sobre la discapacidad de su hijo/a para lograr una adecuada intervención con el niño/a.
-

-
- Dialogar y analizar sobre las estrategias de intervención y programas de atención temprana que ayude a los padres a conocer las potencialidades de su hijo/a, búsqueda de soluciones y crear un ambiente favorable que mejore la interacción entre el niño/a y su familia.

Ponte y Cardama (2004) destaca la importancia de integrar a la familia en la intervención, resaltan los siguientes indicadores de calidad en este proceso: adecuar las notificaciones para que la familia participe, recoger las demandas y necesidades del niño/a y su familia, respetar creencias y tradiciones, ideas y opiniones, aceptar decisiones de familia siempre y cuando no perjudiquen los intereses del niño/a y tengan relación con los entornos de la vida familiar.

Cunningham y Davis. (1988) expresan que el punto de partida en la intervención es escuchar a los padres, es común que se presenten críticas hacia los profesionales y servicios de atención temprana.

Entre las dificultades que se perciben de los profesionales tienen relación con la comunicación, sentimientos, competencia, recursos, organización, continuidad.

Comunicación: Se produce por la falta de información, en muchas ocasiones incomprensible inexacta o excesiva, utilización de tecnicismos. No se tienen presente su conocimiento previo o su situación emocional actual.

Sentimientos: La falta de empatía, cordialidad y respeto de los profesionales hacia la familia, hace que la familia demande mayor comprensión a la situación por la que atraviesan.

Competencia: Se requiere preparación técnica de gran nivel del profesional en aspectos como: desarrollo del niño/a, asesoramiento, comunicación y trastornos del desarrollo. Esto trasciende en la confianza que deben tener los padres en los profesionales, ya que el demostrar que son competentes en su función logra afianzar la confianza entre ellos.

Recursos: En la actualidad la Atención Temprana ha evolucionado positivamente con la creación de nuevos centros de atención temprana que permiten dar cobertura a mayor número de niños/as, no solamente aquellos que presentan algún tipo de discapacidad. Todavía falta mucho por hacer en este campo ya que no todos los centros responden a las necesidades de la familia y de la comunidad.

Organización: La familia requiere organización y seguridad y orientación respecto a las acciones que se efectúan con los niños/as por parte de los centros y los profesionales, puesto que en algunos casos puede presentarse falta de coordinación.

Continuidad: En ocasiones la inestabilidad laboral de los profesionales en los servicios de Atención Temprana produce cambios de la figura de referencia que tenía el niño/a y su familia generando pérdida de confianza referente al nuevo profesional del equipo de intervención.

Cunningham y Davis manifiestan que existen tres modelos de relación entre padres y profesionales del equipo de intervención familiar.

El modelo del experto fue utilizado durante los primeros años de la estimulación precoz, la intervención se centra específicamente en el niño/a y se excluye completamente a la familia. El especialista es quien toma las decisiones al tipo y estrategias de intervención.

Modelo de Transplante: El profesional no es especialista en intervención familiar, el plan de acción en atención temprana se traza de igual manera sin considerar las características y necesidades particulares de cada familia. En este modelo ya se considera a la familia como sujeto de intervención.

Modelo del Usuario: En este modelo se resalta la competencia de los padres a través de su rol, funciones, capacidades y su participación en la toma de decisiones. Es importante la relación de asesoramiento que se instaura en este modelo, para ello se requiere el dominio de técnicas de comunicación y asesoramiento.

El profesional demanda de los padres atención y cuidado apropiado a sus hijos/as, suministrando condiciones básicas en un ambiente de afecto. Los padres a su vez solicitan al profesional que sea competente en el manejo de su hijo/a con una intervención eficaz, útil y real y que responda a sus necesidades.

Turnbull, Turville y Turnbull (2000): Establecen varios modelos de intervención familiar. Entre ellos están el Modelo de Psicoterapia y ayuda psicológica, de entrenamiento a padres, centrado en la familia, fortalecimiento colectivo.

Modelo de psicoterapia y ayuda psicológica: El profesional era la única persona encargada en orientar a la familia, ya que se consideraba

como patológica que requiere ayuda psicoterapéutica. La intervención incidía en la madre y no en el niño/a y su interacción, se concebía a que el comportamiento de la madre era el resultado de experiencias anteriores y su sentimiento de fracaso por tener un niño/a con discapacidad. Se ignoraba al resto de la familia, dando importancia solamente a cambiar la conducta de la madre que se encontraba alterada por el diagnóstico de su hijo/a.

Modelo de entrenamiento a padres: Este modelo se centra en el niño/a, no busca cambios en la familia, plantea la necesidad de entrenar y capacitar a los padres en técnicas de intervención, parten de la idea que ellos carecen de preparación para cuidar y atender a su hijo/a con trastornos en su desarrollo. El especialista es quien dirige las estrategias de intervención, los padres no toman decisiones, su papel se reduce únicamente a seguir indicaciones para realizar los ejercicios en casa, así el niño/a aprende mejor.

Modelo centrado en la familia: Este modelo parte del beneficio de la participación de la familia con la toma de decisiones, tiene resultados óptimos tanto para el niño/a como para la familia. Presenta las siguientes características:

- Profesional y familia conllevan responsabilidad en el desarrollo del niño/a.
 - La intervención se dirige a cada uno de los miembros de la familia.
 - La familia participa en la toma de decisiones, en los objetivos y estrategias en los programas de atención temprana.
-

-
- La función del especialista en el proceso de intervención familiar es el de fortalecer las potencialidades de la familia y corregir sus limitaciones.
 - La comunicación fluida y eficaz entre padres y profesionales es prioritaria en la intervención. Los especialistas deben estar capacitados en asesoramiento, negociación y no solamente en técnicas de intervención, a los padres les corresponde tener un rol más consolidado en la toma de decisiones, formación y seguridad.

Modelo de fortalecimiento colectivo: Una adecuada relación entre los profesionales y padres influye directamente en la comunidad a través de su participación activa y el cumplimiento de objetivos comunes.

Modelo de fortalecimiento de la familia: El autor de este modelo Dunst (1989) expresa que el mismo parte de tres aspectos:

- Considera a los padres como competentes, descubriendo y fortaleciendo sus potencialidades.
 - Partiendo de los propios recursos de la familia experimenten nuevas estrategias que les viabilicen comportamientos competentes.
 - Los padres deben sentirse capaces de producir cambios en su comportamiento sin la intervención de agentes expertos, de esta manera el padre se siente competente a través de sus propias acciones que le lleven a alcanzar sus metas. (Perpiñan, 2009)
-

2.1.12 Modelo integral de intervención en atención temprana

Bronfenbrenner, U. (1979) manifiesta el valor que tiene el estudio de los entornos en los cuales se desenvuelve el ser humano, expresa además que el desarrollo humano desde el enfoque ecológico lo define como el cambio perdurable conforme la persona perciba su ambiente y la forma cómo se relaciona con él.

Mendieta, P., y García, F. A. (1998) aportan con la perspectiva ecológico – transaccional en la atención temprana en los niños/as, en la cual los factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y ambientales interactúan entre sí activamente, dentro de este enfoque tanto el niño/a con la familia son los protagonistas.

Según Sameroff, A. J., Fiese, B. H., (1990) el proceso de intervención debe estar orientado por las siguientes premisas:

- La intervención debe trazarse en distintos niveles y con objetivos diferentes e inmediatos, puesto que las alteraciones que presentan los niño/as son el resultado de la interacción dinámica y bidireccional de varios factores biológicos, familiares, sociales y ambientales.
- Las acciones dentro de la intervención deben ser preventivas y terapéuticas, no sólo en el niño/a sino inclusive en mayor grado sobre el contexto en el que se desenvuelve.

El modelo integral de intervención en atención temprana articula un modelo de intervención neurocognitiva- ecológica – transaccional Mendieta, P., & García, F. A., (1998) a través de las siguientes acciones:

-
- Intervención Integral: Logrando un desarrollo integral en el niño/a, a través de la intervención sincronizada en todas las áreas de desarrollo.
 - Intervención Neurocognitiva: Alcanzando todo su potencial de desarrollo neurocognitivo por medio de la interacción y comunicación óptima entre el niño/a y su entorno.
 - Intervención Ecológica – transaccional: Implica conseguir el desarrollo integral del niño/a, planteando la intervención en todos los ambientes ecológicos en los cuales se desenvuelve.

2.2 Políticas Públicas de Desarrollo Infantil integral para la primera infancia en el Ecuador

2.2.1 Políticas Públicas de Desarrollo Infantil Integral

El Estado Ecuatoriano durante el año 2013 se ha enfocado en fortalecer las políticas públicas en desarrollo infantil, para ejecutar cambios en el mejoramiento de la atención a menores de tres años de acuerdo a lo que la constitución establece, dejando de lado el enfoque asistencialista para pasar al cumplimiento de los derechos y la protección del ciclo de vida de la población infantil. A partir del 13 de noviembre del 2012, el Presidente Rafael Correa declaró al desarrollo educativo integral como una política pública, en la actualidad se promueve la política pública de Desarrollo Infantil Integral, y el organismo encargado de ésta es la Subsecretaría de Desarrollo Infantil, la misma que está anexada al Ministerio de Inclusión Económica y Social.

El objetivo de ésta política es satisfacer las necesidades emocionales, afectivas y socio- cultural básico de los menores, para que de esta manera alcancen su máximo desarrollo dentro de un ambiente familiar, social, escolar y comunitario propicio.

La política pública en Desarrollo Infantil Integral permite pasar de la concepción de una guardería a servicios de atención al desarrollo infantil con la corresponsabilidad de la familia como eje fundamental en la educación del niño /a he interrelacionado con la comunidad, con un equipo interdisciplinario de especialistas en salud y educación infantil integral, además que estos servicios cumplan con los estándares de calidad en relación a la infraestructura, el equipamiento y currículo.

Otro aspecto fundamental de esta política es la implementación de mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de este proceso de desarrollo infantil integral que implica lograr un óptimo estado de salud, nutrición, educación, los cuales favorecen la desarrollo motor, cognitivo, socio-afectivo, senso-perceptivo durante la primera infancia.

Art 2. Política Pública de Desarrollo Infantil Integral.-

El Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES a través de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral entidad rectora en temas de la niñez, establece como política pública prioritaria el aseguramiento del desarrollo integral de menores con la participación y corresponsabilidad de la familia y comunidad y otra instancias institucionales centrales y desconcentradas.

La Política Pública de Desarrollo Infantil Integral incorpora todas aquellas acciones orientadas a garantizar el proceso de crecimiento,

maduración y despliegue del intelecto, capacidades, potencialidades y aspiraciones de los menores que deberían desarrollarse dentro de un entorno familiar, educativo, social y comunitario de afectividad y seguridad, satisfaciendo de esa manera sus necesidades afectivo emocionales y culturales. El organismo encargado de los Procesos de Desarrollo Integral es la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral.

2.2.2 Procesos Desarrollo Integral

La atención durante los primeros años de vida del niño/a, constituye una prioridad de gran impacto en el desarrollo integral del ser humano. De los países en desarrollo muy pocos son los Estados que están conscientes de las necesidades de este grupo vulnerable, esto es consecuencia de los escasos recursos que cuenta la sociedad civil y el mismo Estado, además de la carencia de acciones que permitan evaluar la situación de este grupo etario y que a la vez contribuyan a formular políticas y programas de soporte a esta población en situación de riesgo.

En este sentido la familia, la comunidad, los actores sociales y las instituciones públicas y privadas son los responsables del desarrollo de los niños/as, sobre todo de aquellos que viven en un contexto de pobreza, desnutrición, abandono, violencia, hogares disfuncionales, carentes de salud, estimulación, cuidado y protección. Esta realidad puede cambiar y mejorar cuando se promueven políticas, programas y proyectos que ayuden a satisfacer las necesidades reales y el desarrollo global de los niños/as y sus familias.

El Ecuador consciente de la importancia de la relación entre la atención temprana a la infancia y los procesos de desarrollo, asume el desafío de establecer la atención a la infancia como una política de estado que comprenda una promoción holística del desarrollo infantil integral.

2.2.2.1 Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral

A partir de Noviembre del 2012 el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, economista Rafael Delgado, declara el desarrollo infantil integral como Política Pública prioritaria a través de la implementación de dos modalidades de atención a la niñez ecuatoriana, promoviendo servicios de calidad en cuidado diario, alimentación, salud, recreación, educación inicial y familiar, los mismo que deben estar en relación con la Plan Nacional del Buen Vivir.

En este sentido la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral tiene gran importancia en materia de gestión de planes, programas y servicios que garanticen el desarrollo integral y protección de la niñez ecuatoriana, asimismo este organismo tiene como atribuciones el proponer estrategias y lineamientos para la aplicación de políticas públicas dirigidas a mejorar la calidad de vida de menores de nuestro país. A la par dentro de las competencias de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral están el plantear, ejecutar y evaluar las políticas de desarrollo infantil integral con énfasis en los servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV y Creciendo con Nuestros Hijos CNH, dirigidos a la población infantil de entre 0 y 3 años.

2.2.2.2 Dirección de Política de Desarrollo Infantil Integral

Es imprescindible que la población infantil del país pueda acceder a servicios de cuidado y atención en salud, educación y alimentación de la más alta calidad. Trabajar por el desarrollo y competitividad del país es aunar esfuerzos en el Desarrollo Infantil Integral desde el momento de la concepción hasta los tres años de vida de los niños/as particularmente, ya que es en este período donde se colocan los cimientos para un desarrollo armonioso, un proceso de aprendizaje apropiado y una vida completa y satisfactoria.

La Dirección de Política de Desarrollo Infantil Integral propone políticas, normas técnicas, estándares e indicadores de los servicios de desarrollo infantil integral, para mejorar el impacto de la aplicación de las modalidades de atención de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral.

De esta manera se logra articular la política pública con el desarrollo infantil integral, evitando la duplicación de acciones y mejorando la integración de programas de atención y cuidado a la niñez a la Institucionalidad pública y al Modelo de Gestión de Desarrollo Infantil Integral. Al mismo tiempo al promover la Política Pública de Desarrollo Infantil se extiende acciones que benefician a los infantes para su acceso a servicios de calidad en Desarrollo Infantil Integral.

2.2.2.3 Dirección de Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir

El Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES cumpliendo los mandatos constitucionales, está comprometido en mejorar los servicios de atención para la primera infancia y específicamente de aquella población infantil que vive en situaciones de desventaja socioeconómica, para lo cual ha redefinido las políticas de atención y servicios para la infancia temprana, para que estos servicios sean integrales, regularizados e intersectoriales efectivos que incluyan a la familia como los responsables de la crianza de sus hijos/as, como lo instituye la Constitución (2008) y la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011), así como también involucrar a todos los Servicios de Desarrollo Infantil Integral a nivel del país, organizaciones de la sociedad civil, sector privado y gobiernos autónomos descentralizados, como lo dispone el Plan Nacional del Buen Vivir (2013 – 2017).

La Dirección de Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir tiene como competencias proponer, ejecutar y evaluar las políticas de desarrollo infantil integral y el funcionamiento de calidad y excelencia de los centros infantiles del buen vivir. Lo cual implica una intervención coordinada y articulada mediante procesos de gestión teórica y metodológica que beneficien el desarrollo óptimo de la población infantil del Ecuador.

Invertir en Desarrollo Infantil Integral es transformar una sociedad a través de lo más importante su talento humano, ello requiere un trabajo mancomunado de toda la población del país, procurando el bienestar de los menores.

La importancia de la Dirección de Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir está encaminada en lograr que todos los Centros de Desarrollo Infantil de nuestro país cumplan con lo estipulado en las Políticas Públicas de Desarrollo Infantil, en lo referente al cumplimiento de los estándares de calidad en el cuidado, educación, estimulación, alimentación, salud y recreación de los menores durante la primera infancia, y más aún de aquella población infantil que se encuentra en situación de riesgo.

2.2.2.4 Dirección de Servicio Creciendo con Nuestros Hijos

Cuando los menores cuentan con programas de educación inicial de calidad, tienen mayores posibilidades de asistencia y permanencia escolar en la etapa posterior a la primera infancia, mejor desarrollo psicosocial, cognitivo y motor. Invertir en Desarrollo Infantil Integral, es una oportunidad para promover el Desarrollo Humano a través de acciones concretas en el ámbito de la salud, educación alimentación, servicios básicos; y, que estos programas, servicios y productos estén al alcance de toda la población.

La política pública en Desarrollo Infantil Integral plantea que la familia, la sociedad y el Estado establezcan un sistema de protección y Desarrollo Infantil Integral de calidad, en los cuales los productos y servicios públicos o privados tengan los más altos estándares de calidad para que en lo posterior esta población infantil sea transferida a los programas de Educación Inicial del Ministerio de Educación del país.

La labor de la Dirección de Servicio Creciendo con Nuestros hijos está enfocada en formular, ejecutar y evaluar las políticas de desarrollo infantil integral, de los servicios de atención domiciliar: Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) con calidad y excelencia, por medio de procesos de capacitación teórica – metodológica a todos los profesionales inmersos en educación infantil, intervención de la familia y la comunidad, y sobre todo procesos de gestión y articulación intersectorial con el Estado para mejorar las modalidades de atención a la población infantil.

2.2.2.5 Dirección de Familia

El componente fundamental en el desarrollo integral del niño y la niña lo constituye la familia por su carácter de suministrador de cuidado y protección, alimentación, abrigo, amor y aceptación, así como trasmisor de su cultura y costumbres a través de sus propios patrones de crianza, por ello el seno familiar es el lugar donde se forma el ser humano como un ser social que se desenvuelve en un contexto para alcanzar el buen vivir.

La Dirección de Familia ejecuta, supervisa y evalúa las políticas públicas, planes y programas con la finalidad de fomentar relaciones positivas dentro del entorno familiar, de la ciudadanía activa y la corresponsabilidad colectiva en la promoción de los derechos y desarrollo de capacidades y oportunidades.

Actualmente se ha resaltado la importancia de la atención infantil a niños/as menores de tres años, mediante servicios que favorezcan su desarrollo integral, puesto que sin un cuidado adecuado se ocasionaría daños irreversibles.

La inversión pública en programas, proyectos, productos y servicios para el desarrollo integral de la población infantil en algunos países es mayor, en virtud que se reconoce los beneficios que trae el invertir en este ciclo de vida.

Todos los servicios y recursos que estén dirigidos al desarrollo infantil, trascienden a largo plazo no sólo de quienes se favorecen, sino que también se convierte en un recurso auto sostenible importante para un desarrollo futuro.

Si bien es cierto que el actual gobierno declara al desarrollo infantil integral como política pública prioritaria, todavía la protección social y la cobertura de estos programas de desarrollo infantil para los sectores más pobres de nuestro país no son suficientes, puesto que la distribución de la riqueza entre los territorios no es equitativa, imposibilitando la ampliación de la cobertura de servicios de salud,

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

educación y alimentación de calidad a los sectores rurales. Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES Estatuto Orgánico por procesos.

2.3 Políticas públicas en materia de inclusión y movilidad para la primera infancia

La Inclusión Social busca que toda la población ecuatoriana, especialmente los grupos de atención prioritaria tenga las mismas oportunidades y accedan a todos los servicios y recursos en igualdad de condiciones y que les permitan mejorar sus capacidades y ejercicio de sus deberes y derechos. La protección social en cambio son aquellas políticas que promueven la atención prioritaria a las personas y sus familias y reducción de vulnerabilidad.

La promoción social se centra en fortalecer las oportunidades de movilidad social para grupos en situación de desigualdad, exclusión, discriminación vulnerabilidad y violencia, tanto la protección como la promoción social están conducidas por procesos de prevención de inequidades.

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Plan del Buen Vivir, es indispensable la inversión en protección social que favorezca el rescate de la economía y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

En este sentido las Políticas Públicas de Inclusión Social se concretan en protección social integral, seguridad social solidaria con principios de igualdad, justicia, dignidad e interculturalidad, inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e

intergeneracional, discapacidad, mujeres víctimas de violencia y desarrollo infantil integral para menores de cinco años.

En el periodo 2012–2013 se pretendió impulsar la universalización de la Política Pública de protección y promoción social, siendo los hitos prioritarios: Protección y Cuidado al ciclo de vida, Protección Especial, Aseguramiento no Contributivo y Promoción Social.

El fin de las políticas Públicas en materia de inclusión y movilidad social es alcanzar los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, tomando de base cuatro ejes fundamentales que son: desmercantilización del bienestar, la universalidad, recuperación del vínculo entre la esfera social y la económica, la corresponsabilidad social sobre el bienestar de la población.

Estos ejes se definen así:

Eje No.1: Protección Especial.-

La finalidad del eje de Protección Especial es garantizar políticas y regulaciones para la protección especial, con la finalidad de promover, proteger y restituir los derechos de las y los ciudadanos en todo su ciclo de vida, con énfasis en niños, niñas, adolescentes adultos mayores personas con discapacidad, en corresponsabilidad con la comunidad que aseguren el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos.

Eje No.2: Desarrollo Integral.-

El eje de Desarrollo Integral busca garantizar la gestión estratégica en la formulación, aplicación e implementación de las políticas,

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

programas, normas e instrumentación que permitan fomentar y garantizar los derechos de menores, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad en el Ecuador para el ejercicio pleno de su ciudadanía en libertad e igualdad de oportunidades en el marco del buen vivir.

Eje No.3: Promoción y Movilidad.-

El objetivo de Promoción y Movilidad es coordinar la implementación de políticas, planes, programas, proyectos y servicios dirigidos a promover la generación de capacidades humanas y oportunidades productivas, para la inclusión económica y la movilidad social ascendente de las personas usuarias del bono de desarrollo humano y pensiones, vinculándolas en la estrategia del Viceministerio de Inclusión Social y Ciclo de Vida.

Eje No.4: Aseguramiento No Contributivo.-

El Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES - Ejes Estratégicos, indica en el eje de Aseguramiento No Contributivo, que se pretende asegurar las políticas, planes, programas y proyectos relacionados a transferencias monetarias, redes de descuento, crédito, pensión jubilar y asistencia frente a contingencias a las madres jefes de hogar, adultos mayores y personas con discapacidad; a través de un adecuado seguimiento y control de los servicios brindados a la ciudadanía a nivel Zonal, Distrital y Circuital.

2.3.1 Política de Protección Especial

Se entiende por política de política de protección especial a la prevención, contención y atención a las personas durante su ciclo de vida o en condición de discapacidad cuyos derechos han sido vulnerados.

La vulneración de derechos son las acciones u omisiones que menoscaben o anulen el goce o ejercicio de los derechos y que alteren o afecten su desarrollo integral. Algunas vulneraciones de derechos son: maltrato, abuso sexual, abandono, trata y tráfico de personas, mendicidad, trabajo infantil, privación del medio familiar, entre otras. Frente a estos hechos, el MIES ejecuta acciones de reinserción familiar y acogimiento temporal o permanente en casos de abandono.

Adicionalmente, el MIES se encarga de ubicar a menores y adolescentes que no tienen hogar en un ambiente familiar que le proporcione estabilidad emocional, física y socioeconómica mediante las respectivas adopciones legales.

En el año 2007 el Presidente de la República Rafael Correa decretó como política de Estado la atención integral a las personas con discapacidad a través de la Misión Manuela Espejo y el bono Joaquín Gallegos Lara. Actualmente con el Vicepresidente Jorge Glas se crea una Secretaría de Estado encargado de esta población con discapacidad con 24 directores provinciales.

La Secretaría Técnica de Discapacidades es una entidad adscrita a la Vicepresidencia de la República del Ecuador, con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, para la coordinación

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

intersectorial de la implementación y ejecución de la Política Pública en materia de discapacidad, con Decreto Ejecutivo número 6.

Con este nuevo organismo se mejorará la normalización a la discapacidad, en donde las personas puedan ser integradas en el ámbito social, educativo y laboral. (Secretaría Técnica de Discapacidades MIES).

La Secretaría Técnica de Discapacidades formará parte del Sistema Nacional de Protección Integral de las Personas con Discapacidad de acuerdo al número 3 del artículo 88 de la Ley Orgánica de Discapacidades. (Secretaría Técnica de Discapacidades MIES).

2.3.2 Subsecretaría de Discapacidades

Los primeros años de vida de un niño/a son trascendentales, cuando se observa que no han alcanzado los hitos de desarrollo esperados para su edad, significa que pueden presentar retraso en su desarrollo o algún tipo de discapacidad y que por lo tanto requieran servicios de intervención temprana oportuna que incluyan a la familia como elemento esencial, puesto que son ellos quienes aportan datos significativos sobre el proceso de crecimiento y desarrollo de sus hijos y comprenden sus necesidades.

Es importante también que el estado garantice el desarrollo infantil integral de la niñez ecuatoriana con algún tipo de discapacidad, por esta razón se crea la Subsecretaría de Discapacidades con la finalidad de proponer, ejecutar y evaluar la política pública de inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias, proponiendo estrategias y lineamientos; así como también planes y programas de atención a

personas con discapacidad dentro de un marco de respeto a la diversidad, ofreciéndoles una mejor calidad de vida, en igualdad de condiciones y con verdaderos procesos de inclusión a la sociedad. (MIES)

2.3.3 Dirección de Inclusión Social

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) reorganiza su estructura institucional con el objetivo de optimizar la aplicación de políticas sociales y brindar mayores oportunidades a la población en situación de atención prioritaria con equidad, respeto a la diversidad y una visión global del buen vivir, por ello se crea la Dirección de Inclusión Social con la misión de proponer políticas, normas, estándares e indicadores para la inclusión social y corresponsabilidad de las personas con discapacidad. Así mismo ofrecer servicios dirigidos al desarrollo infantil integral, adolescentes, adulto mayor y protección especial.

El MIES con el objetivo de mejorar el cumplimiento de las políticas sociales adopta un modelo de inclusión y aseguramiento, que brinde oportunidades a toda la población para salir de su situación de pobreza.

Este enfoque se basa en dos áreas específicas: Inclusión al Ciclo de Vida y la Familia y Aseguramiento para la movilidad Social. En el área de Inclusión al Ciclo de Vida se incluyen programas y servicios de desarrollo integral que cubran las necesidades concretas de personas consideradas de atención prioritaria, mediante acciones de protección especial y prevención de violación de derechos.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

En el ámbito del Aseguramiento para la Movilidad Social lo conforman programas y servicios de protección de riesgos, contingencias, bono de desarrollo humano, atención a personas con discapacidad y adultos mayores. Estas políticas a través de productos y servicios apuntan reducir las brechas de desigualdad y exclusión social, promoviendo la igualdad, integridad social y respeto a la diversidad.

Para la inclusión y atención a personas con discapacidad se requiere de servicios de prevención y protección de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, mediante acciones de reinserción familiar, escolar, laboral y social. (MIES, VICEMINISTERIO DE INCLUSIÓN SOCIAL, CICLO DE VIDA Y FAMILIA)

2.3.4 Dirección de Prestación de Servicios

La Dirección de Prestación de Servicios aspira incrementar la participación de las personas con discapacidad y sus familias, a través del acceso a servicios de cuidado y desarrollo integral, centros de referencia y acogida inclusivos para la población con situación de abandono, atención al hogar y la comunidad. Sobre todo la promoción y exigibilidad de sus derechos. Su misión es contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias, a través de la prestación de servicios.

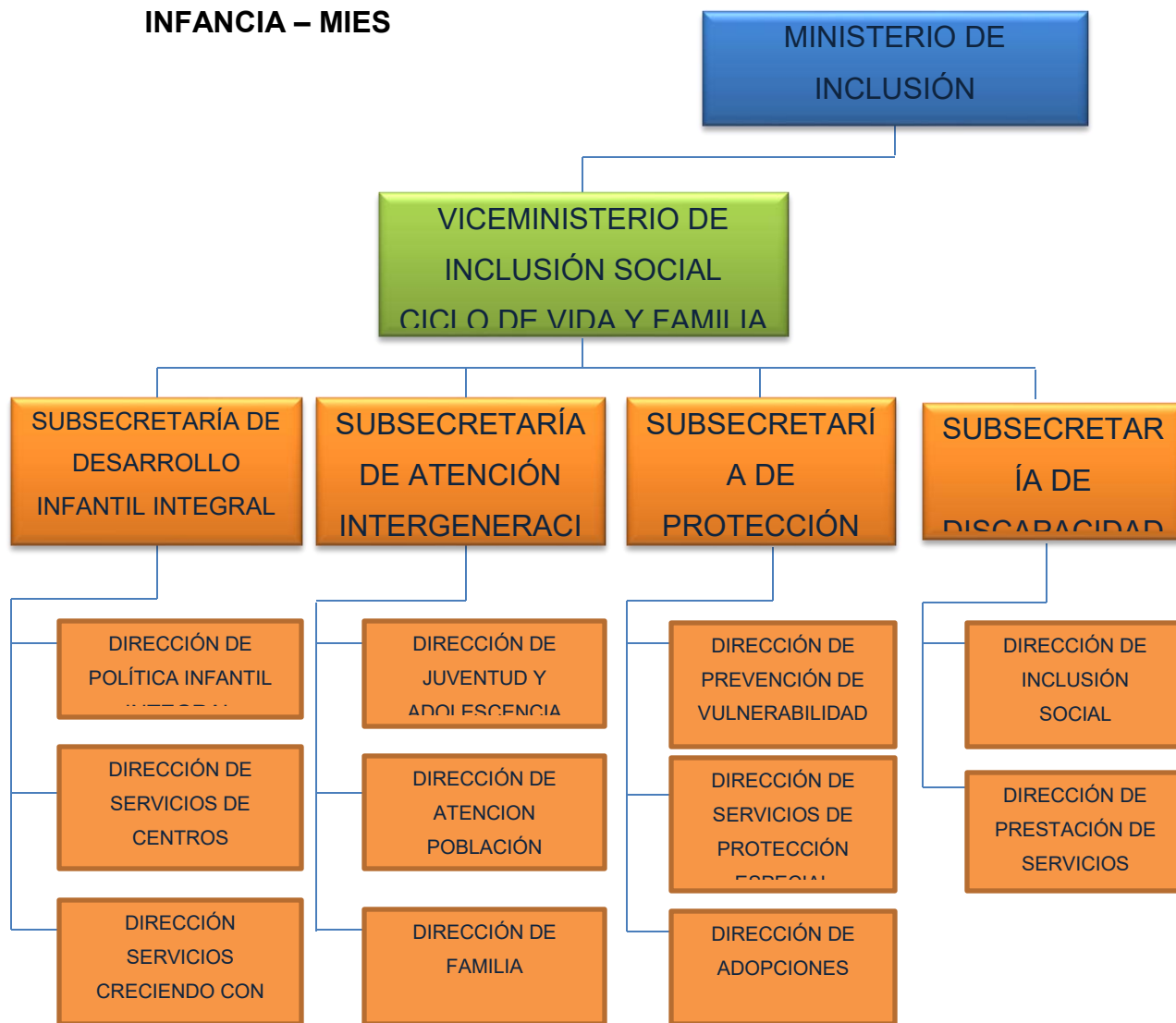
La aplicación de la norma técnica en los servicios, es otro de los aspectos prioritarios para el fortalecimiento y desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad y sus familias, por medio de la aplicación de metodologías, herramientas de difusión y capacitación técnica.

2. Marco Teórico y Normativo

Las organizaciones autorizadas por el MIES para ejecutar los productos y servicios integrales con un enfoque de derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad de derechos, procuran garantizar la seguridad y un ambiente adecuado que satisfaga sus necesidades básicas, mediante acciones que mejoren y fortalezcan el desarrollo infantil integral. Ministerio de Inclusión Económico y Social MIES. Estatuto Orgánico por procesos.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 1 SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA – MIES



Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

2.4 Inversión del estado en el área social y comunidades indígenas

En el 2006 el presupuesto para el sector social era de 934 millones de dólares, en el gobierno del Rafael Correa la inversión social en el año 2007 aumento a 2 mil 608 millones de dólares, en el año 2008 la inversión fue de 3 mil 762 millones de dólares, en el 2009 fueron 3 mil 910 millones, en el 2010 aumento a 4 mil 467 millones, en el 2011 siguió creciendo a 5 mil 609 millones hasta llegar a 5 mil 835 millones de dólares, lo que refleja una prioridad del estado en mejorar las condiciones de salud pública, educación, inclusión económica y social, vivienda y seguridad social de la población ecuatoriana así como una progresión creciente de inversión en el área social.

El gobierno ecuatoriano para el año 2013 programa invertir aproximadamente 6.600 millones en el área social, específicamente en el área de salud y educación, con equipamiento, infraestructura, programas de promoción y prevención de enfermedades. En el sector de la educación se proyecta mejorar la infraestructura y capacitación a docentes en los niveles de educación inicial y colegios.

En el año 2012 se destinó 5.835 millones para el desarrollo social del país, de los cuáles 2.650 millones se consignaron a la educación y 1600 millones en el área de la salud. Actualmente la política del país es diferente sobre desarrollo social, hoy en día prevalece el ser humano y se promueve una sociedad del conocimiento.

En cuanto al gasto del estado desde el año 2007 por cada 2.60 dólares para gasto social se destina 1.00 dólares para la deuda externa, lo que demuestra la preocupación del país por cubrir las necesidades sociales de los y las ecuatorianas.

Ecuador es uno de los países que más invierte en desarrollo social, el nivel de inversión está en el 11% con relación a los demás países de Latinoamérica que oscilan entre el 5% y el 8%, para ello es indispensable conservar un crecimiento sostenido y poder continuar con la inversión pública. Las inversiones sociales provienen básicamente de la producción petrolera y de los impuestos recaudados, que en el año 2012 la cifra alcanzó los once millones de dólares.

Se destaca la atención al desarrollo infantil integral con la creación de los Centros Infantiles del Buen Vivir con 460 mil menores beneficiarios y en la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos 327.437 menores de 0 a 3 años.

Aproximadamente 1.2 millones de madres son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH), bajo el principio de corresponsabilidad de enviar a sus hijos a la escuela, chequeos médicos.

Actualmente existe un enfoque político y social más integrador que apunta a la equidad y cohesión social, antes del 2007 las políticas sociales eran frágiles, no universales, los servicios eran de baja calidad, asistencialistas y mercantilizados. Un millón y medio de ecuatorianos han pasado de ser encasillados como personas pobres, ha disminuido notablemente los porcentajes de desempleo y subempleo, el país conserva un crecimiento económico armónico.

En el sector educativo aproximadamente 500 mil niños y adolescentes han ingresado a escuelas y colegios de forma gratuita y

con una proyección de construir 100 escuelas del milenio con un costo de un millón de dólares cada una.

En salud pública durante el 2006 hubo 16 millones de atenciones, mientras que en el 2012 llegaron a 38 millones. La mortalidad infantil en menores de un año, por enfermedades diarreicas bajó del 27.5 % en el 2007 al 8% en el año 2011.

La relación entre inversión pública y Producto Interno Bruto PIB del Ecuador en el 2011 era del 14% y el año 2012 escaló al 15.3 % y tiende a subir en este año al 16.6 %. Ecuador va a la vanguardia de América Latina en inversión social seguido de Bolivia, Panamá y México.

En gobiernos anteriores se destinaba mayor porcentaje al pago de la deuda externa, hoy por hoy se canaliza la inversión pública en la ejecución de proyectos trascendentales y como motor del desarrollo de las capacidades humanas e infraestructura fructífera.

En el año 2006 la relación que existía entre la deuda externa y el PIB fue de un 22% ahora es del 14%, el país dejó la época en la que se priorizaba el pago de la deuda externa en deterioro del desarrollo humano. El gobierno ha promovido obras de carácter hidroeléctrico, petrolero, infraestructura productivas, con la participación del sector público y privado nacional e internacional, todo ello refleja la gran inversión social que se refleja en los indicadores que demuestran la reducción de la pobreza y el crecimiento de la economía.

El Estado Ecuatoriano viene trabajando en las comunidades indígenas para disminuir los altos índices de pobreza, exclusión e

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

inequidad social para lograr el cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

La prioridad del gobierno es la redistribución de la inversión pública para desarrollar las capacidades del ser humano, democratización del acceso a oportunidades, servicios públicos eficientes y activa participación ciudadana.

Entre Enero del 2007 a Diciembre del 2012, la inversión pública del Ecuador ha sido 25.582 millones de dólares, cuatro veces más que en los cuatro gobiernos anteriores juntos, priorizando el desarrollo humano y la producción, lo que ha permitido transformar el país.

Dentro del Plan Anual de Inversión 2002 se priorizo la inversión en desarrollo social y talento humano con el 26%, la inversión social por persona es de 299 usd entre el año 2006 y 2011, inversión que permitirá alcanzar igualdad y equidad.

En la Provincia de Tungurahua se ha invertido 12 millones de dólares en Desarrollo Infantil (Centros Infantiles del Buen Vivir), siendo los beneficiarios 14 mil menores de los cantones de Ambato, Baños, Cevallos, Mocha, Patate, Pelileo, Píllaro, Quero, Tisaleo, mejorando estos espacios de estimulación y recreación así como dotando de alimentación saludable a la población infantil.

En programas de protección social y familiar, atención infantil, gerontológica y a discapacidades a través de proyectos que promueven

la inclusión, integración y universalización de los servicios del estado, con una inversión de 6 millones de dólares y con 137 mil personas beneficiadas, y en programas de salud integral 15,5 millones garantizando a la población salud integral. Ministerio de Finanzas y Entidades del Sector Público No Financiero (SPNF).

2.4.1 Programas de atención integral a la niñez

El marco de la Estrategia Nacional de la Primera Infancia tiene como objetivo favorecer el desarrollo de las capacidades cognitivas, socio - afectivas y físicas de los menores de cinco años de edad, a través de un modelo integral de atención con una visión territorial, intercultural y de género que garantice la cobertura y al acceso a servicios públicos de calidad.

El Gobierno Nacional por medio del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social prioriza esta política pública, además que articula la gestión de los Ministerios de Salud Pública, Inclusión Económica y Social y de Educación para asegurar la atención integral a los menores en sus primeros años de vida, con la corresponsabilidad de la familia y la comunidad.

La intervención en los primeros años de vida, permite disminuir los índices de mortalidad infantil, desnutrición crónica y desarrollo adecuado de habilidades cognitivas, socio - afectivas, culturales y físicas. La inversión durante la primera infancia permite reducir las brechas socioeconómicas que han marginado y excluido a la población

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

infantil ecuatoriana, se corta el círculo de pobreza y la inequidad social, sobre todo se cambia la realidad de generaciones venideras de nuestro país.

Anteriormente los centros de desarrollo infantil en el país eran conocidos como guarderías, círculos infantiles, centros de cuidado, en donde los menores eran atendidos y alimentados por mujeres designadas por la comunidad llamadas “madres comunitarias”. En la actualidad se denominan Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y alcanzan un número de 3600 a nivel del Ecuador.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) tomó como primera acción asistir a menores de las comunidades, una competencia que requiere de inversión millonaria dentro del plan de gobierno ecuatoriano.

Se creó también la modalidad de atención Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) ambos proyectos benefician a menores de cinco años de edad, garantizando el cumplimiento de sus derechos y brindándoles educación, estimulación temprana, alimentación y recreación.

Según cifras socializadas por el MIES, este año se atenderá a 313.000 menores de tres años con una asignación de presupuesto que bordea los 137,8 millones de dólares con lo cual se contribuiría al desarrollo durante la primera infancia. En las dos modalidades de atención se ha contratado 4000 educadoras parvularias que cumplen con la función de Educadoras Familiares, a este grupo se sumaron durante el año 2012 tres mil profesionales más como Técnicas de los CIBVs.

Las madres comunitarias que se encargaban del cuidado de los menores que hoy se les denomina como promotoras, participarán de un programa educativo para que obtengan su título de Tecnóloga en Atención Infantil después de tres años de estudio.

2.4.2 Estrategia intersectorial de la primera infancia en Ecuador

La estrategia intersectorial de la primera infancia en el Ecuador tiene como finalidad fortalecer el modelo integral e intersectorial de atención a la primera infancia con una visión intercultural, de género y territorial para lograr la cobertura y el acceso a servicios públicos de calidad en un trabajo conjunto de corresponsabilidad con la familia y la comunidad.

Intervención integral efectiva

La Primera Infancia está considerada como la etapa más significativa en la vida del ser humano, es en este ciclo en el cual se cimientan las bases primordiales para el desarrollo físico, psicológico, y socio emocional de las personas, las cuales paulatinamente se van afianzando.

En este contexto la estrategia intersectorial de la primera infancia en el Ecuador tiene cuatro ejes importantes: Acceso y cobertura, calidad de los servicios, intersectorialidad y corresponsabilidad.

Acceso y cobertura:

Las estrategias manejadas por el eje de Acceso y Cobertura son:

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

- Micro - planificación territorial intersectorial
- Mejoramiento de la infraestructura de los centros de atención y cuidado.
- Innovación y fortalecimiento de las modalidades de atención.

Calidad de los servicios

Calidad de los Servicios es otro de los ejes transcendentales para el desarrollo de la Primera Infancia en nuestro país:

- Currículo
- Fortalecimiento del talento humano
- Desarrollo de estándares para los servicios a la Primera infancia para la certificación y acreditación.
- Instrumentos para medir habilidades motoras, socio - afectivas, emocionales y cognitivas.
- Nuevas teorías y metodologías en la Primera Infancia
- Evaluaciones de impacto

Intersectorialidad:

La intersectorialidad como estrategia de intervención en la Primera Infancia se plantea las siguientes acciones:

- Modelo de gestión
 - Complementariedad de acciones para la optimización de recursos
 - Sistema Integrado de información
 - Articulación con actores públicos y privados
-

Corresponsabilidad:

La Corresponsabilidad dentro de los ejes de intervención integral, plantea las siguientes acciones:

- Apoyo y formación a la familia y a la comunidad
- Posicionamiento de la Primera Infancia como una prioridad para el país.
- Sistema de monitoreo y seguimiento que se basa en el impacto, análisis de gestión y medición de resultados.

2.4.2.1 Indicadores de la estrategia intersectorial de la primera infancia en Ecuador

“Para lograr los objetivos de la Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia: “Infancia Plena”, es imprescindible el esfuerzo conjunto con la familia y la comunidad, como la articulación entre servicios”

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

La Estrategia Intersectorial para la Primera Infancia está dirigida a menores de cero a cinco años y a sus familias, particularmente a quienes viven en condición de pobreza. Esta Estrategia está administrada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social MCDS, que dentro de sus responsabilidades se encuentra vigilar el cumplimiento de los derechos de los menores del país, protección a la Primera Infancia y cubrir las necesidades de cuidado y educación de la población infantil.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

La Estrategia Intersectorial no es una política pública desvinculada sino más bien está articulada a las Estrategias de Erradicación de la Pobreza, Acción Nutrición, Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), Prevención de la Violencia y Desarrollo Rural. Coordina los servicios de salud, los cuales están a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante acciones como:

- Controles médicos pre y postnatales,
- Control del niño/a sano
- Tamizaje neonatal
- Inmunizaciones

Los servicios de atención y desarrollo infantil integral: Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) destinados a menores de cero a tres años coordinados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y los programas de educación inicial para niños/as de 3 a 5 años bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación (MINEDUC).

En este contexto dentro de la Estrategia Intersectorial se trazan indicadores para medir los resultados de la aplicación de estos procesos, programas, servicios y acciones, cuyo objetivo es establecer un diagnóstico de la entorno para tomar decisiones, unir esfuerzos y plantearse metas con el único fin, mejorar la calidad en los servicios y ampliar la cobertura a los sectores más vulnerables del país.

Indicadores de impacto:

-
- Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años (Evaluación de impacto de Estrategias- Desnutrición Cero, Acción Nutrición)
 - Porcentaje de niños alimentados con leche materna hasta los 6 meses de edad
 - Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos
 - Tasa de mortalidad infantil.

Indicadores de gestión

- Porcentaje de cobertura en servicios de salud, educación y cuidado.
- Porcentaje de niños menores de cinco años que participan en servicios de desarrollo infantil y educación inicial.
- Brecha de servicios de protección especial en territorio
- Brecha de servicios de desarrollo infantil en territorio.

Indicadores de calidad

- Habilidades motoras, sociales, emocionales y cognitivas
- Porcentaje de profesionales que atienden los servicios de primera infancia
- Certificación y acreditación de servicios públicos y privados

Ministerio de Desarrollo Social – Ecuador. Estrategias de Desarrollo Integral Infantil.

2.4.3 Programas de atención integral a la niñez: estrategia hacia la desnutrición cero

Desde el año 2009 se inicia la Intervención Nutricional Territorial Integral (INTI) ahora Acción Nutrición cuyo objetivo es mejorar la salud y nutrición de la población infantil ecuatoriana menor de cinco años de edad, desde el punto de vista nutricional, supliendo las carencias de proteínas, vitaminas A y Zinc. El porcentaje de anemia por déficit de hierro en la niñez de nuestro país oscila el 60 % en menores de dos años y 44% en mujeres de 15 a 49 años, esta intervención implica un trabajo articulado entre los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, Agricultura y Vivienda para reducir los factores determinantes de la malnutrición en el país.

Los cantones con la más alta tasa de desnutrición crónica infantil se encuentran en las zonas rurales indígenas de la sierra, en las Provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua e Imbabura, en la costa en Manabí, en las ciudades de Quito, Manta y Guayaquil, la estrategia pretende intervenir en 27 cantones.

El problema más significativo del país es la desnutrición crónica en menores de cinco años, veinte y dos de cada cien niños sufre de esta dificultad, el porcentaje de desnutrición crónica en las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi es del 50%, provincias con mayor concentración indígena y altos índices de pobreza extrema.

El país se ha trazado como meta erradicar la desnutrición crónica y anemia en niños menores de un año hasta el año 2015 y disminuir la

prevalencia de anemia en menores de cinco años hasta un 50% durante el 2013 a través del Programa Desnutrición Cero y del Programa Fortificación Casera Chizpas con un incremento en la cobertura del 70%, así como también promover estrategias de visitas de profesionales en la salud a cada casa para el control médico, vacunación, alimentación suplementaria y promoción de los beneficios de la lactancia materna, incrementar la inversión para construcción de sistemas de alcantarillado, agua potable y saneamiento.

En el período 2010 - 2011 se redujo en 21 puntos la anemia en los menores intervenidas durante el periodo 2010 – 2011, un descenso de 10 puntos en la tasa de desnutrición en cantones de Manabí. En cantones como Guamote, en Chimborazo, y Antonio Ante, en Imbabura, se redujo en dos puntos la desnutrición crónica.

Se firmó un convenio con la Asociación de Municipalidades del Ecuador y el Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales del Ecuador para ampliar la intervención en los territorios.

Adicionalmente 47.217 mujeres embarazadas con seguimiento nutricional, 74.187 menores de cinco años con seguimiento nutricional, 624 unidades de desarrollo infantil mejoradas con menaje y autogestión comunitaria, 66.583 menores atendidas por modalidades MIES-INFA con el micronutriente Chispaz, 1.551 técnicos del INFA capacitados en cultura de crianza, 18.820 personas con estudios para construcción de sistemas agua, 7.950 personas se benefician con sistemas de agua, 3.960 personas cuentan con sistemas de saneamiento, 30.000

personas viven en casas nuevas, 11.786 parcelas agroecológicas produciendo alimentos saludables, 21.286 niños consumen alimentos de las parcelas agroecológicas, 50.680 personas consumen alimentos de parcelas agroecológicas, Sistema de planificación intersectorial con indicadores basados en actividades de impacto en desnutrición crónica/ anemia y presupuesto en función de metas.

Los Ministerios encargados de la ejecución de los Programas Desnutrición Cero y del Programa Fortificación Casera Chizpas son MIDUVI-BEDE, MIES, MSP, ME y el MAGAP con las siguientes atribuciones:

- **MIDUVI – BEDE – MUNICIPIOS:** Servicios de atención infantil y hogares con acceso a servicios de agua potable, saneamiento ambiental y vivienda.
 - **MINISTERIO DE SALUD Y MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL:** Servicios de nutrición y salud a niños menores de cinco años, mujeres en estado de gestación, madres lactantes, condicionalidad del bono de salud, acceso a modalidades de atención infantil.
 - **MINISTERIO DE EDUCACIÓN:** Alfabetización y pos alfabetización para mujeres y madres comunitarias.
 - **MAGAP – MIES:** Proyectos productivos, fomento de la agricultura familiar, asociación de pequeños productores con organizaciones campesinas y programas de provisión de alimentos. Ministerio de Desarrollo Social. Programa de Acción – Nutrición Ecuador.
-

2.4.4 Los estándares de calidad en las modalidades de atención infantil

El Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador, estableció normas técnicas para garantizar la seguridad y calidad en los servicios de desarrollo infantil que están a su cargo, estas normas rigen a nivel nacional.

Con Acuerdo Ministerial 164 de enero 10 del 2013, el Ministerio de Inclusión Económica y Social en ejercicio de las atribuciones que le confieren los artículos 164, numeral 1, de la Constitución de la República, y 17, inciso primero, del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva acuerda expedir la Norma Técnica para la implementación y el funcionamiento de Servicios Públicos y Privados de Desarrollo Infantil Integral.

Dentro de estas normas se definen requisitos como infraestructura, equipamiento, profesionalización de las educadoras y coordinadoras de los centros, acciones de corresponsabilidad con la familia, comunidad y Estado. Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) son los encargados de la atención directa de los menores de cero a tres años, a través de convenios con Gobiernos y organizaciones locales, estos centros deben promover el pleno desarrollo de los infantes en armonía con su entorno sociocultural y ambiental.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES. Normas Técnicas de Funcionamiento de Centros Infantiles.

Anteriormente la atención a los menores provenientes de hogares en condiciones de pobreza, se lo hacía desde una perspectiva asistencialista y caritativa del Ex Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), por lo que se debía restituir la forma_asistencialista de atender a los menores a una modalidad de desarrollo infantil que permita potencializar las capacidades cognitivas, sociales, emocionales y psicológicas.

Con las actuales normas técnicas se pretende contar con centros integrales que trabajen de manera estandarizada a nivel nacional, con profesionales en educación de menores, ya que por ser política pública y estar dentro de la agenda de calidad en el mejoramiento de los servicios no pueden estar manejados por promotoras comunitarias.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social ha proyectado la construcción de mil Centros Integrales del Buen Vivir emblemáticos en el país, 250 centros cada año hasta el 2016, especialmente en sectores de pobreza generando mejores condiciones de vida para los menores ecuatorianos.

La expedición de estas normas técnicas a través de Acuerdos Ministeriales, forma parte de la política pública del gobierno y regirán los servicios de Desarrollo Infantil, Casas de Acogimiento para niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores , los mismos que son ofrecidos por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en convenio con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADS), organizaciones no gubernamentales (ONGs) y entidades privadas, el objetivo lograr servicios públicos de calidad.

Ministerio de Inclusión Económica y Social – Funcionamiento de Centros Infantiles

Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) constituyen las modalidades de atención a la población menor de tres años, servicios que presta el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) a menores que no cuentan con un adulto responsable de su cuidado. Con esta prestación de servicios el MIES promueve la implementación de la Política Pública de Desarrollo Infantil Integral.

Estos centros se podrán ejecutar mediante los siguientes tipos de prestadores de servicios:

- Atención Directa por parte de MIES
- Convenios por Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) u Organismos especializados en Desarrollo Infantil como ONGs.
- Gestionados por el sector privado, con o sin fines de lucro, con fondos nacionales o internacionales.
- Gestionados por empresas públicas o privadas para atender a hijos e hijas de sus funcionario o empleados.

Los centros administrados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social o por convenio se llaman genéricamente Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), los centros creados por el sector público o privado se designan como Centros de Desarrollo Infantil (CDI), a estas denominaciones se asignará en nombre particular de identificación del Centro, la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), está dirigida

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

a niños menores de tres años, priorizando grupos vulnerables por su condición de pobreza y extrema pobreza, las Educadoras realizan actividades de estimulación en cada hogar.

Estas modalidades deben cumplir obligatoriamente con los estándares de calidad para la prestación de servicios públicos y privados de desarrollo infantil que son parte de la política pública de competencia de Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES.

Los estándares de calidad para la prestación de servicios públicos y privados de desarrollo infantil califica aspectos concernientes a: 1 Infraestructura, 2 Organización del Espacio, 3 Conformación del Equipo de Talento Humano, 4 Emergencias y Riesgos, 5 Otros Estándares de Calidad.

- **Infraestructura**

Se refiere a que el terreno donde se ubica el centro cumpla con los parámetros establecidos por la Secretaria Nacional de Gestión de Riesgo (SNGR), el diseño arquitectónico, mobiliario, y funcionalidad estén bajo los estándares de seguridad, que se cuente con espacios adecuados para menores con necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad, áreas que faciliten el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y vínculos afectivos, sobre todo el respeto a la diversidad y la interculturalidad. En el caso de la modalidad CNH, los espacios son proporcionados por la familia y la comunidad, que garanticen la realización de las actividades educativas.

- **Organización del espacio**

Las modalidades de atención deben contar obligatoriamente de: área administrativa, salas pedagógicas por cada año de vida, con 2.0 m² por niño, área de cocina, bodega para el almacenamiento de comida, área de alimentación, de recreación o sala múltiple, espacio exterior con áreas verdes y espacio para juegos infantiles, mecanismos para receptar quejas o sugerencias, bodega de material didáctico, baños adecuados para menores, baños para el personal, salida de emergencia y área de evacuación.

En la modalidad CNH, los espacios que facilita la familia deben tener condiciones de seguridad e higiene para el desarrollo de actividades.

- **Conformación del equipo de talento humano**

El equipo estará conformado por: Un coordinador/a o Director/a con perfil profesional en educación o áreas afines, un educador /a por cada diez niños, con perfil en educación o áreas afines, un auxiliar de cuidado por cada 15 niños, mínimo bachiller, un auxiliar de alimentación por cada 20 niños, un asistente de aseo por centro como mínimo. El educador encargado de los CNH, deberá tener formación profesional de tercer nivel en educación o áreas afines.

- **Emergencias y riesgos**

Los CDI, CIBV y CNH deben cumplir con los parámetros mínimos de seguridad para salvaguardar la integridad física y el bienestar de los menores, previniendo peligros, disminuyendo riesgos y atención oportuna de emergencias.

- **Otros estándares de calidad**

Se definirán estándares de calidad de acuerdo a los siguientes ámbitos: Gestión de los Servicios de Desarrollo infantil Integral Públicos y Privados y Desempeño Profesional. Acuerdo Ministerial 000164 Ministerio de Inclusión Económica y Social - República del Ecuador. Norma técnica para la implementación y funcionamiento de los servicios públicos y privados de desarrollo infantil integral.

2.4.5 Implementación, infraestructura y equipamiento en los servicios de desarrollo infantil integral

Los Centros Infantiles del Buen Vivir deben cumplir con la normativa vigente para su funcionamiento y acreditación, para lo cual su infraestructura debe ser utilizada exclusivamente para atención, estimulación y cuidado de menores, no compartir sus espacios para actividades de otra índole.

Sus espacios estarán organizados y distribuidos para grupo de edad, en salas y ambientes adecuados, dejando áreas para la movilización de los menores. Los CIBVs deberán disponer de zonas para la gestión administrativa, planificación y atención a la familia, así como también suficientes áreas verdes y espacios lúdicos para recreación de los infantes.

En lo que respecta al material didáctico, este debe estar acorde a las edades y necesidades individuales de los menores, en la cantidad adecuado para que sea pertinente su uso y cumplan con los objetivos educativos, no deben ser materiales tóxicos.

Este material didáctico será clasificado, organizado y ubicado al alcance de los menores, utilizado por las educadoras en base a una

planificación individual o grupal que favorezca el desarrollo de habilidades, además es imprescindible que el Centro Infantil realice seguimiento al plan de mantenimiento del material didáctico y mobiliario. Tanto su infraestructura, acceso físico, equipamiento tecnológico y mobiliario debe estar adaptado para personas con discapacidad.

Las áreas exteriores así como sus instalaciones deben cumplir con todas las normas de seguridad e higiene con lo cual se prioriza evitar los riesgos que sitúan en peligro la vida de los niños.

2.4.6 Equipo técnico para el desarrollo de la primera infancia

Los Centros Infantiles aplican procedimientos para la selección y contratación y evaluación del personal, el mismo que conformará un equipo de trabajo para el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo Infantil Integral del Estado Ecuatoriano

2.4.6.1 Conformación del equipo del talento humano

El equipo de talento humano de un Centro de Desarrollo Infantil y de un Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) está constituido por:

- Un coordinador/a o director/a del centro infantil, con perfil profesional en el área de educación o afines.
- Un educador/a por cada diez niños/as al menos, con formación profesional en educación o áreas afines.
- Un/a auxiliar de cuidado por cada diez niños/as al menos, mínimo de bachiller.
- Un/a auxiliar de alimentación por cada veinte niños/as al menos.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

- Un asistente de aseo por centro al menos.

En la modalidad Creciendo con Nuestros Hijos, el Educador/a será un profesional en el área de Educación o afines.

2.4.6.2 Equipo promotor del desarrollo infantil integral:

El equipo que labora en los Centros Infantiles del Buen Vivir y encargados de promover el Desarrollo Infantil Integral son los siguientes:

2. Marco Teórico y Normativo

CUADRO No. 5 Equipo Promotor del Desarrollo Infantil Integral

DENOMINACIÓN	CRITERIO	COMPETENCIA
Coordinadora del Desarrollo Infantil integral	Una por cada Unidad de Atención (Unidades pequeñas de 15 a 30 niños/as, pueden delegarse dos)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administra la Unidad de Atención. ✓ Orienta Técnicamente al personal del centro. ✓ Articula acciones en el territorio cercano de los CIBV. ✓ Lidera el equipo promotor de desarrollo infantil integral.
Promotora de Desarrollo Infantil Integral	Una por cada 10 menores.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atiende el desarrollo integral de los niños/as es la directa responsable de la ejecución de actividades con los niños/as.
Promotora Responsable de alimentación	Una por cada 20 niños y niñas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maneja los procesos de la alimentación saludable en la unidad.

Fuente: Programas del MIES (2012).

2.4.6.3 Roles y funciones de la coordinadora de desarrollo infantil integral:

La transformación que se pretende lograr en los servicios de atención a la niñez durante la primera infancia, es la incorporación de profesionales capaces de educar y enseñar a menores desde edades tempranas, como una etapa primordial en la cual las experiencias durante el Desarrollo Infantil Integral marcan el desarrollo del cerebro, y que las habilidades, destrezas, actitudes, capacidades, emociones y en general conductas, se van moldeando a lo largo de estos primeros años de vida.(Shonkorff y Phillips, 2000) .El desarrollo del cerebro de un niño/a depende en gran parte del ambiente que le rodea y de los estímulos que se le brinde.

EL responsable de la coordinación de los servicios de Desarrollo Infantil Integral de menores de tres años es el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Su finalidad es optimizar los servicios de atención infantil, para ello, la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral ha implementado la Estrategia de Mejoramiento del Talento Humano, mediante programas de profesionalización y educación continua destinados a todo el personal que conforman las modalidades de atención infantil. Además pretende mejorar las competencias y mecanismos técnicos, interrelacionando las políticas públicas y los actores institucionales que garanticen los servicios de salud, nutrición, educación y protección infantil.

Dentro de las políticas públicas de Desarrollo Infantil, se dispone el cumplimiento de la norma técnica, en la cual se establece la contratación de profesionales en Educación Infantil y Atención

Temprana para las modalidades de atención para menores de tres años establecidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Estas normas permiten el acceder a servicios de calidad.

En lo Administrativo

Los roles y funciones de la Coordinadora de Desarrollo Infantil en el área administrativa son:

- Es una funcionaria del MIES – INFA, representa a la Institución en la Unidad de Atención del CIBV.
- Coordina y administra la Unidad de Atención del CIBV
- Elabora el plan de excelencia y el reglamento interno del CIBV.
- Dirige todo el accionar del personal del CIBV, direccionándolo a lograr el desarrollo infantil integral de los niños y niñas.
- Organiza con el equipo de promotoras, las interrelaciones del trabajo para garantizar que los menores se encuentren realizando siempre actividades.
- Registra la asistencia y puntualidad del equipo de promotoras.
- Responsable de la custodia y buen estado de los materiales educativos, menaje y equipamiento del centro.
- Convoca y coordina las reuniones con las familias y la comunidad.
- Registra y consolida la asistencia de los menores.
- Registra las visitas al CIBV del personal del INFA y otros actores.
- Es la responsable de la custodia de los archivos del CIBV.

- Selecciona a las promotoras de desarrollo infantil integral de acuerdo al perfil establecido por el MIES – INFA, en coordinación con el técnico distrital y con el apoyo de la entidad ejecutora.
- Garantiza que todas las promotoras cuenten con el certificado ocupacional otorgado por el Ministerio de Salud Pública.
- Presenta la hoja de ruta en la dirección provincial de Recursos Humanos o coordinación Distrital.
- Cumple con toda la jornada de trabajo en la Unidad de Atención.
- Registra en la hoja de ruta, otras acciones de gestión, las cuales deben constar en el plan de excelencia del CIBV.
- Ingresa y actualiza permanentemente la información al sistema del MIES – INFA (SIPI, SIREM) asistencia, avances del desarrollo, peso y talla de su unidad de atención, para esta actividad se designará un día laborable.
- Es la responsable de la asistencia y seguridad de los niños/as del CIBV a ella asignada.

En lo técnico:

En el área técnica las funciones de la Coordinadora de Desarrollo Infantil son las siguientes:

- Conoce a los menores, sabe cuáles son sus necesidades y características.
 - Da seguimiento y asistencia técnica a la ejecución de las diversas actividades del CIBV.
-

-
- Articula todas las acciones que se desarrollan en educación, alimentación, nutrición, cuidado y promoción de la salud de los menores del CIBV.
 - Articula con las Promotoras de los CNH, cercanos a los CIBV, la comunidad de aprendizaje en desarrollo infantil.
 - Planifica conjuntamente con las promotoras las actividades para el cumplimiento de todos los procesos.
 - Coordina la elaboración de material didáctico para los espacios de aprendizaje con material de reciclaje, rehúso y los renueva periódicamente.
 - Participa en las capacitaciones que el MIES – INFA realice.
 - Capacita a las promotoras de el o los CIBVs
 - Capacita a las familias de los menores que asisten a los CIBVs, los dirigentes de la comunidad y entidad ejecutora.
 - Consolida el registro de avance en el desarrollo infantil integral de los menores, de acuerdo a los lineamientos del MIES – INFA.
 - Analiza con las promotoras, los resultados de los avances en el desarrollo infantil integral de los menores y los utiliza para su planificación posterior.
 - Elabora el menú del centro infantil con las promotoras de alimentación de acuerdo a las necesidades nutricionales de los menores.
 - Elabora la lista de compras en función del Menú.
 - Verifica la calidad y cantidad de los alimentos comprados por la entidad ejecutora.
-

- Verifica que el proceso de preparación de alimentos sea higiénico.
- Verifica que las porciones sean adecuadas a la edad y estado de salud de los menores.
- Consolida el Registro antropométrico de menores, de acuerdo a los lineamientos del MIES – INFA.
- Analiza con las promotoras los resultados del registro antropométrico, los utiliza para la planificación diferenciada del menú para niños/as enfermos, con anemia y malnutrición.
- Fomenta la generación de espacios de participación para promover la corresponsabilidad de la familia y la comunidad.
- Coordina con la entidad ejecutora las acciones del CIBV.
- Articula acciones con los actores locales más cercanos para promover el desarrollo infantil integral.
- Asiste a la rendición de cuentas de las entidades ejecutoras como representante del MIES – INFA.
- Rinde cuentas de los logros alcanzados por los niños /as en la unidad de atención una vez al año a los actores de la comunidad.

Promotora del desarrollo infantil integral

Las Promotoras de Desarrollo Infantil Integral son especialistas en educación de menores, capaces de responder a las necesidades y conflictos de los infantes. Son las responsables de promover acciones conjuntamente con los diversos actores del Desarrollo Infantil. Dentro de sus funciones está capacitar a las asistentes de cuidado diario, para

que sean ellas quienes potencialicen todas las áreas de desarrollo para el aprestamiento escolar a posterior.

Las responsabilidades de la Promotora del Desarrollo Infantil Integral:

- Atiende a su grupo de menores de manera organizada, mediante el trabajo en equipo.
- Trabaja y se relaciona con los menores de manera alegre y afectuosa, promoviendo el desarrollo infantil integral.
- Conoce a los menores, sabe cuáles son sus necesidades y características.
- Satisface oportunamente las necesidades de alimentación, aseo y descanso de los menores.
- Ejecuta las actividades contempladas en la planificación, así como las de rutina y juegos con los menores.
- Registra los datos antropométricos de peso, talla y edad de su grupo de menores de acuerdo a los lineamientos del MIES-INFA.
- Analiza con la coordinadora y el grupo de promotoras, los resultados del registro de datos antropométricos de su grupo de menores y los utiliza para ejecutar actividades con pertinencia.
- Registra los avances del desarrollo infantil integral de su grupo de menores de acuerdo a los lineamientos del MIES- INFA.
- Analiza con las promotoras, los resultados del avance del desarrollo infantil integral de su grupo de menores, y los utiliza para la planificación de su trabajo posterior.

- Observa y registra sistemáticamente a los menores en todas sus actividades que se realizan como vía fundamental para conocer los logros que se alcanzan en desarrollo integral.
 - Establece normas iniciales de comportamiento y promueven en los menores su ejecución.
 - Colabora en la capacitación de las familias, promueve su participación y mantiene buena relación con ellas.
 - Registra su asistencia diariamente.
 - Participa obligatoriamente en actividades de formación y cumplimiento de responsabilidades.
 - Participa obligatoriamente en las reuniones de planificación para la atención de menores del CIBV.
 - Asiste a las capacitaciones de la modalidad que el MIES – INFA realice.
 - Ayuda a mantener en buen estado el menaje y el equipamiento del Centro.
 - Colabora en todas las actividades que se requieran para el buen funcionamiento del CIBV.
 - Elabora material didáctico para los espacios de aprendizaje con material de reciclaje, rehúso y los renueva constantemente.
 - Colabora con la limpieza del espacio en el que se realizan las actividades con los menores.
 - Presenta el certificado ocupacional que otorga el Ministerio de Salud Pública cada año.
 - Participa en procesos de rendición de cuentas.
-

-
- Registra las novedades de su trabajo de los resultados obtenidos por los menores y sus familias en su cuaderno de campo.
 - Mantiene buenas interrelaciones de trabajo.
 - Garantiza su presencia y cuidado en cada una de las actividades que los menores realicen.
 - Es responsable de recibir a todos los niños/as exclusivamente en la unidad de atención.

Promotora responsable de la alimentación

El modelo de gestión que implementa el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), pretende garantizar una nutrición completa y saludable para todos los menores que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir, este modelo incorpora a madres comunitarias responsables de la alimentación de los infantes, constituyendo una fuente de trabajo para estas madres, convirtiéndose en mujeres emprendedoras y a la vez superar su situación de pobreza.

Siendo la alimentación la base fundamental para un completo crecimiento y desarrollo durante la primera infancia, es importante que la persona encargada de la nutrición de los niño/as tenga los conocimientos adecuados para dirigir una alimentación saludable y al mismo tiempo, optimice los alimentos propios de su sector.

Dentro de la Agenda de Calidad de Desarrollo Infantil Integral se plantea acciones para el mejoramiento de los espacios físicos de las modalidades de atención hasta la incorporación de profesionales en estos servicios.

Las funciones que desempeña la Promotora responsable de la alimentación son las siguientes:

- Colabora en la atención de los niños/as de manera organizada, mediante las interrelaciones de trabajo establecidas.
- Prepara y sirven los alimentos de acuerdo a lo planificado, así como, participa en el proceso de alimentación de los menores.
- Participa en las capacitaciones que se planifican.
- Mantiene en buen estado el menaje y equipamiento del Centro.
- Participa en la recepción de los alimentos, verificando la cantidad y calidad para luego proceder con el almacenamiento y conservación de los mismos.
- Realiza la limpieza del centro infantil.
- Participa en las reuniones y actividades que se requieran para el buen funcionamiento del CIBV.
- Presenta el certificado ocupacional que otorga el Ministerio de Salud Pública cada año.
- Participa en la elaboración del menú del centro infantil de acuerdo a los requerimientos nutricionales de los menores.
- Participa en la elaboración de la lista de compras en función de menú.
- Garantiza que el proceso de preparación de alimentos sea higiénico.
- Prepara las porciones adecuadas a la edad y estado de salud de los menores.

-
- Mantiene el menaje, equipamiento y el espacio donde se preparan los alimentos limpios e higiénicamente adecuados para su uso.

Técnico/a distrital delegado a desarrollo infantil

Los Técnicos distritales de Desarrollo Infantil son funcionarios del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, laboran en las modalidades de atención: Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV, Gerontología y personas con discapacidad. Proporcionan servicios a personas de escasos recursos económicos que residen en diversos sectores del país. Se capacitan permanentemente en normas técnicas para cumplir con los estándares de calidad que dispone el MIES.

Las funciones del Técnico Distrital delegado a Desarrollo Infantil son:

- Representa al MIES – INFA en el territorio asignado.
- Planifica trimestralmente procesos para el o los sectores bajo su responsabilidad.
- Realiza seguimientos a las unidades de atención y a las acciones que de ellas se desprenden en el sector del cual es responsable, a través de visitas a cada unidad de atención con una frecuencia mínima mensual.
- Ejecuta acompañamiento intencionado que promueve el cambio e incide en mejorar prácticas de las coordinadoras, promotoras de CIBV y promotoras de CNH de los sectores asignados.

- Realiza eventos de capacitación para las coordinadoras y promotoras de CIBV y CNH de acuerdo a sus necesidades y en los sectores bajo su responsabilidad.
 - Evalúa la planificación trimestral de actividades, las condiciones establecidas en el convenio antes de la suscripción de los mismos, durante y al finalizar el convenio, y el estado de los factores o condiciones de desarrollo infantil antes, durante y al finalizar el año de ejecución del convenio.
 - Es el responsable de la información que se ingresa al sistema al MIES – INFA (SIPI, SIREM, Fichas de avance de desarrollo) y la analiza para su planificación trimensual. La verificación y reporte de la información deberá realizarse el primer día laborable de cada mes.
 - Conoce y analiza la información generada por otras áreas e instituciones con las cuales articula atención de niños, niñas y sus familias: control del niño sano, peso, talla (MSP), logros de aprendizaje (MINEDUC), hemoglobina (Aliméntate Ecuador), proceso de remisión de casos (CPDS), cedulação (Registro Civil y Participación), y las utiliza para su planificación mensual.
 - Elabora informes de evaluación trimestral y registro de la información de los resultados de la evaluación de la planificación. Registra la información que se genere de los procesos de seguimiento y acompañamiento.
 - Promueve y ejecuta reuniones de coordinación con representantes o delegados de la entidad ejecutora y coordinadoras de desarrollo infantil integral, en su territorio.
-

-
- Articula con actores locales de su territorio para la atención integral de los menores en coordinación con la coordinadora de desarrollo infantil integral.
 - Apoyo a la Coordinadora de Desarrollo Infantil Integral en reuniones con las familias y la comunidad.

Guía operativa para promotoras de los centros infantiles del buen vivir.

Manual de procedimientos para la operación de proyectos de intervención social de desarrollo infantil integral (2012).

Convenio para la ejecución de proyectos de intervención social de desarrollo infantil integral (2012).

2.5 El estado ecuatoriano y la implementación de programas de desarrollo infantil integral para la primera infancia en comunidades indígenas.

El Estado Ecuatoriano amplía la cobertura educativa en comunidades indígenas a través de la modalidad de atención denominada Educación Infantil Familiar Comunitaria (EIFC), dirigida a menores indígenas desde el nacimiento hasta los seis años de edad. Esta modalidad está inmersa en el Sistema de Educación Intercultural Bilingüe y nace como una propuesta de los pueblos y nacionalidades indígenas, el mismo que contiene su propio diseño curricular el cual está encaminado a la formación de la población infantil indígena en su identidad cultural y prácticas ancestrales. Este programa tiene una cobertura de cerca de 15.000 menores entre cero a tres años y 12.500 menores de tres a cinco años. Estadísticas Dirección Nacional de Educación Inicial (2009).

2.5.1 Presupuesto asignado para programas de desarrollo infantil en el Ecuador

La inversión pública se multiplicó entre el 2006 y el 2012 privilegiando el desarrollo social mediante proyectos estratégicos, construcción de capacidades humanas e infraestructura productiva sobre el pago de la deuda externa, la inversión del Gobierno Ecuatoriano en el 2012 se situó en 6.287 millones de dólares, lo que evidencia que el gasto público está dirigido al sector social. La variable que garantiza el cumplimiento del Buen Vivir es la inversión pública articulada con la planificación.

En cuanto al presupuesto establecido para las modalidades de atención infantil en nuestro país se observa que entre los años 2006 y 2008 se incrementó en un 12 %, a partir del año 2009 se empieza a optimizar los recursos y a producirse un cambio institucional, resultado de la depuración de datos y registros duplicados de menores beneficiarios.

CUADRO No. 6 Cobertura y Presupuesto Desarrollo Infantil 2006 – 2010

AÑO	MIES			INNFA PRIVADO	MIES/INFA	TOTAL	PRESUPUE STO ANUAL (MILLONES USD)
	FODI	ORI	DAINA	Desarrollo Infantil	Desarrollo Infantil		
2006	253.722	51.974	21.942	125.209		452.847	55
2007	241.398	48.248	18.543	210.622		518.811	165
2008	297.972	45.492	19.277	165.772		528.513	204
2009					497.817	497.817	107
2010					514.604	514.604	1.207

Fuente: INFA (2009 – 2010) DAINA (2006) SIGOB Ecuador SIISE
Sistema e - sigef (2010)

CUADRO No. 7 Cobertura INFA por grupo de edad. Septiembre 2011

Grupo	Población Pobre por NBI	Cobertura INFA	Cobertura INFA en %	BRECHA	Brecha en %
Niños/as 0 a 2 años	533.965	259.765	49%	274.200	51%
Niños/as 3 a 4 años	381.166	204.088	54%	177.078	46%
Total	915.131	463.853	51%	451.278	49%

Fuente: INEC, Censo (2010) MIES/INFA/SIPI (2011)

Actualmente la atención a la primera infancia a pesar de la reestructuración institucional del INFA, muestra grandes inconvenientes en la cobertura a este sector de la población ecuatoriana, la brecha en la cobertura se presenta en un 51% en menores de cero a dos años y un 46% en niños/as de tres a cuatro años de edad. Las modalidades de atención infantil del INFA está conformado principalmente por niños y niñas en situaciones de extrema pobreza con más de un 37% para cada grupo de edad y un 35% para grupo de edad que viven en situación de pobreza.

2.5.2 Proyectos ejecutados en la comunidad indígena de Salasaca

De acuerdo al Plan Estratégico de la Parroquia de Salasaca 2009 – 2014, su visión sectorial expresa que cuenta con un gran capital humano capacitado que promueve el desarrollo local con iguales oportunidades para hombres y mujeres, se ha consolidado organizacional, política y culturalmente; con identidad y valores propios históricamente ancestrales y se ha incorporado al desarrollo tecnológico y científico contemporáneo.

El diagnóstico realizado en los tres ejes de su plan estratégico: eje económico, social y territorial – ambiental presenta varios problemas a aquejan a la parroquia como la baja capacidad productiva de sus suelos, reducción de la rentabilidad en los productos artesanales, deterioro de los valores culturales de su pueblo, pérdida de la unidad a nivel familiar, desinterés en el área de educación, personal de salud con inestabilidad laboral e inexistencia de equipos de salud permanente, débil capacidad de diseño, gestión y renegociación de propuestas de

desarrollo autogestionario integral y sostenible con identidad, infraestructura y servicios básicos deficientes, escasez de agua, erosión de los suelos, estos problemas conllevan a plantear propuestas y estrategias de solución para mejorar las condiciones de vida de la comunidad.

Por ello dentro de su eje social su objetivo básicamente es disminuir los niveles de pobreza potenciando la agroindustria, la actividad artesanal y el etnoturismo. Su propuesta de desarrollo está enmarcada en tres ámbitos: Capacitación del Capital Humano, Identidad Cultural y Salud para todos. Los Proyectos para la capacitación del talento humano son los siguientes:

- Fortalecimiento de la estructura organizativa con programas de capacitación y facilitando espacios de participación de los diferentes actores.
- Capacitación de líderes y equipo técnico local para la ejecución del plan de desarrollo local.
- Conformación de un centro de acción cultural del pueblo Salasaca.

En el ámbito de la Identidad Cultural se plantearon en la implementación de un museo etnográfico, centro de exposiciones, biblioteca y el fomento de eventos culturales que fortalezcan la identidad interculturalidad.

Los Proyectos en la esfera de la salud de la Parroquia de Salasaca son:

- Mejoramiento de agua para consumo humano.
-

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

- Implementación de un edificio del sub centro de salud
- Dotar de una ambulancia.
- Conformación del personal y equipos de salud permanentes.
- Desarrollo de la medicina alternativa preventiva.
- Mejoramiento de los servicios de salud locales.

2.5.3 Programas de atención integral a la niñez

El Desarrollo Infantil Integral es una política de Estado fundamental para el Gobierno, lo que conlleva a que todos los menores tengan acceso a programas que beneficien su desarrollo. El Gobierno Nacional proyecta atender 726.000 menores en situación de pobreza hasta el año 2016. Invertir en Desarrollo Infantil Integral permite reducir la pobreza, mejorar la nutrición, mayor porcentaje de escolarización y permanencia en el sistema escolar.

Esta Política se ejecuta mediante dos modalidades de atención que cuenta el Instituto Nacional del Niño y la Familia. (INFA), estas modalidades son los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y el Programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), los cuales deben cumplir con estándares de calidad, protocolos de atención, equipos de profesionales en desarrollo infantil, con un enfoque de corresponsabilidad de la familia y la comunidad.

El Ministerio de Inclusión Económica y social (MIES) robustece sus políticas y programas relacionados con el ciclo de vida de la población ecuatoriana asegurando los derechos de los niños, niñas, adolescentes,

adultos mayores y personas con discapacidad, impulsando estrategias para una verdadera inclusión económica y social.

Una meta prioritaria para el Gobierno Nacional es alcanzar el máximo desarrollo de capacidades físicas, cognitivas e intelectuales de los menores de nuestro país, para lograr esta meta el MIES – INFA plantea estrategias para brindar atención de calidad a menores de 0 a 3 años a través de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), a estos centros asisten niños que viven en condiciones de pobreza, durante ocho horas y cinco días de la semana, la infraestructura es adecuada e idónea para el desarrollo de capacidades de los niños y niñas.

El Programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) consiste en facilitar un profesional en desarrollo infantil a los hogares, en los cuales menores de tres años están al cuidado de su padre, madre o algún familiar; para que los capacite en estimulación, cuidado, nutrición y vigilancia del desarrollo de sus hijos e hijas, este programa beneficia a la población infantil al crecer en un ambiente cálido y afectivo como el de su propio hogar, bajo la orientación de un profesional. En el año 2013 se construirán 220 centros y para el 2016 aproximadamente 1000 Centros Infantiles del Buen Vivir para niños de cero a tres años en situación de pobreza, atendidos directamente por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) con una visión de corresponsabilidad familiar. Garantizando el Desarrollo Infantil de menores se puede visualizar un proceso de cambio y transformación social del país.

CUADRO No. 8 Modalidades de Desarrollo Infantil en el Ecuador

MODALIDAD	COSTO ANUAL POR NIÑO/A	DIRIGIDO	PRESTACIONES	ARTICULACIÓN
Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) 30% de Cobertura	500	<p>Hijos e hijas de padres o madres que trabajan fuera del hogar, no cuentan con familiares que se encarguen del cuidado del niño.</p> <p>Generalmente ubicados en espacios urbanos.</p>	<p>Educación Inicial: Currículo Institucional e Intermedio.</p> <p>Nutrición</p> <p>Control salud</p> <p>Estimulación Buen Trato</p> <p>Detección Temprana de Discapacidades</p>	<p>Ministerio de Educación: Aplicación del Currículo, Maestras Parvularias.</p> <p>Estrategia Nacional de Nutrición.</p> <p>Ministerio de Salud: Control del niño sano Atención Primaria</p>

2. Marco Teórico y Normativo

<p>Creciendo con nuestros hijos/as CNH</p> <p>70% de cobertura</p>	200	<p>Hijos e hijas de padres o madres que trabajan en el hogar, y que requieren de orientación y asistencia para capacitarse en estimulación y desarrollo infantil. Generalmente ubicados en espacios rurales</p>	<p>Educación Inicial: Currículo Institucional e Intermedio.</p> <p>Nutrición</p> <p>Control salud</p> <p>Estimulación</p> <p>Buen Trato</p> <p>Detección Temprana de Discapacidades</p>	<p>Ministerio de Educación: Aplicación del Currículo, Maestras Parvularias.</p> <p>Estrategia Nacional de Nutrición.</p> <p>Ministerio de Salud: Control del niño sano Atención Primaria.</p>
--	-----	---	---	---

Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES (2009 -2012).

EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR Y LA COMUNIDAD DE SALASACA

EL Plan Nacional para el Buen vivir 2009-2013 es la herramienta del Estado Ecuatoriano para articular las Políticas Públicas con la gestión y la inversión Pública, además es el primer paso para la construcción del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, proyecta nuevos retos dirigidos a construir un Estado Plurinacional e intercultural, pero sobre todo alcanzar el Buen Vivir de todos los y las ecuatorianas. Las propuestas de este plan plantean desafíos técnicos, políticos, metodológicos e instrumentales, reivindicaciones por la justicia social y la igualdad, valoración y diálogo de los pueblos, de su cultura y modos de vida.

El Plan Nacional para el Buen Vivir fue elaborado por la SENPLADES en su condición de Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa conjuntamente con los equipos técnicos de los Ministerios, Secretarías de Estado y con el aporte de los y las ciudadanas ecuatorianas.

Conocido y aprobado por el Consejo Nacional de Planificación con Decreto Ejecutivo 1577 de Febrero 2009 presentado por el Presidente de la República del Ecuador Rafael Correa Delgado, el mismo que consta de doce Estrategias Nacionales y doce Objetivos Nacionales, la aprobación de este plan establece un hito para la aplicación de la Constitución de la República del Ecuador, afianzamiento de la

democracia participativa y asegurar el Buen Vivir que todos los ecuatorianos anhelan.

Entendiendo por Buen Vivir: *«la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno —visto como un ser humano universal y particular a la vez— valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente, y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). Nuestro concepto de Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros— entre diversos pero iguales— a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido» (Ramírez; 2008: 387).*

El buen vivir apuesta a la aplicación de un nuevo paradigma que permita una economía sustentable, democrática e incluyente que incorpore a aquellos actores que históricamente fueron excluidos.

El plan busca concretar revoluciones constitucionales, democráticas, éticas, económicas, productivas, agrarias, sociales, por la dignidad, soberanía e integración latinoamericana, revoluciones

delineadas en el proyecto de cambio de la Revolución Ciudadana, las mismas que están plasmadas en la nueva Constitución de la República del Ecuador.

2.5.4 Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir y la Comunidad de Salasaca.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 es integrador, tiene como ejes la sostenibilidad ambiental y las equidades generacional, intercultural, territorial y de género, basado en un enfoque de derechos que va más allá del ámbito sectorialista y tradicional. La formulación de este Plan se apoya en un proceso de diseño de agendas sectoriales, que son instrumentos de coordinación y concertación sectorial, estas brindan coherencia a las propuestas de gestión pública en referencia a las disposiciones constitucionales, los objetivos del Buen Vivir y la planificación operativa.

El Plan consta de nueve secciones. La primera muestra el proceso de elaboración del Plan Nacional sustentado en la Constitución del 2008, el cual es democrático y participativo. La segunda parte está estructurada con orientaciones éticas y pragmáticas, las mismas que guían el proceso de transformación, la tercera sección presenta el cambio del paradigma de desarrollo al del Buen Vivir.

La cuarta sección exhibe un diagnóstico crítico de los procesos económicos, sociales y políticos que ha vivido nuestro país en las últimas décadas, la quinta sección se plantea las alternativas indispensables para lograr a mediano plazo la redistribución y

transformación necesaria para alcanzar el Buen Vivir, la sexta sección presenta las doce estrategias nacionales para el período 2009 – 2013.

En la séptima sección constan los Doce Objetivos Nacionales para el Buen Vivir actualizados en relación a los contenidos constitucionales, resultados de la evaluación del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2009, las agendas y políticas sectoriales y territoriales, las acciones e inversiones sectoriales y el aporte ciudadano.

La octava sección incluye la Estrategia Territorial Nacional, la que territorializa las intervenciones y proyectos estratégicos nacionales, en estas estrategias se incluye las agendas zonales que se constituyen en un sustento para el diseño de políticas públicas adecuadas a las necesidades y características del país, en su novena sección contiene criterios para la asignación de recursos mediante la elaboración del Plan Plurianual de Inversiones, la planificación y priorización de la inversión pública se realiza a través de un proceso de análisis, validación y jerarquización de programas y proyectos relacionados con las estrategias y políticas definidas en los objetivos.

De esta manera se establecen Doce Estrategias Nacionales de cambio para la primera fase durante el período 2009 – 2013:

- I. Democratización de los medios de producción, (re)distribución de la riqueza y diversificación de las formas de propiedad y de organización.
- II. Transformación del patrón de especialización de la economía a través de la sustitución selectiva de importaciones para el Buen Vivir.

- III. Aumento de la productividad real y diversificación de las exportaciones, exportadores y destinos mundiales.
- IV. Inserción estratégica y soberana en el mundo e integración latinoamericana.
- V. Transformación de la educación superior y transferencia de conocimiento en ciencia, tecnología e innovación.
- VI. Conectividad y telecomunicaciones para construir la sociedad de la información.
- VII. Cambio de la matriz energética.
- VIII. Inversión para el Buen Vivir, en el marco de una macroeconomía sostenible.
- IX. Inclusión, protección social solidaria y garantía de derechos en el marco del Estado constitucional de derechos y justicia.
- X. Sostenibilidad, conservación, conocimiento del patrimonio natural y fomento al turismo comunitario.
- XI. Desarrollo y ordenamiento territorial, desconcentración y descentralización.
- XII. Poder ciudadano y protagonismo social

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 en base a estas doce estrategias nacionales llega a concretar y proponer una planificación a partir de doce objetivos nacionales, los cuales ya fueron planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, estos han sido actualizados de acuerdo al desempeño de las metas nacionales.

Los objetivos actualizados del Plan Nacional para el Buen Vivir son los siguientes:

-
1. Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad
 2. Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
 3. Mejorar la calidad de vida de la población.
 4. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.
 5. Garantizar la soberanía y la paz, e impulsar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana.
 6. Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas.
 7. Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común.
 8. Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.
 9. Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia.
 10. Garantizar el acceso a la participación pública y política.
 11. Establecer un sistema económico social, solidario y sostenible.
 12. Construir un Estado democrático para el Buen Vivir.

SENPLADES (2009 – 2013) Plan Nacional para el Buen Vivir

**2.5.4.1 Cumplimiento de los objetivos del Plan
Nacional del Buen Vivir y la Comunidad de Salasaca**

El Estado Ecuatoriano es uno de los gobiernos democráticos más estables de la época republicana, durante este período se han alcanzado logros importantes para toda la población ecuatoriana a

través del cumplimiento de los Objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ecuador es uno de los países con mayor crecimiento económico gracias al sector petrolero ya que el Producto Interno Bruto (PIB) ecuatoriano creció al 8 % en el 2010, este crecimiento económico positivo beneficia a los sectores que han sido marginados históricamente, la desigualdad se ha reducido a 4 puntos (medida por el coeficiente GINI por ingresos), la pobreza urbana y rural disminuyó de 37.6% en diciembre del 2006 a un 32.8% en diciembre del 2010, la tasa de desempleo se ubica en el 5.5%, cobertura del 60% en seguridad social, la misma que en el 2006 llegaba al 40%. La inversión Pública desde el año 2007 se ha triplicado y se ha direccionado a generar capacidades y oportunidades para los sectores prioritarios y vulnerables de nuestro país. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Los retos que se plantea el gobierno a través del Plan Nacional del Buen Vivir se refieren a mejorar la redistribución de los recursos y conseguir mayor equidad en la sociedad ecuatoriana.

Entre los principales logros del Plan Nacional para el buen Vivir están la consolidación de la planificación por objetivos nacionales que están integrados a políticas sectoriales, se difundió a sectores de la sociedad los principales objetivos del plan, se alcanzó un involucramiento de las Instituciones Públicas regentes de las políticas,

específicamente de los ministerios coordinadores y de instancias que favorecen la consolidación de los ejes transversales.

El cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 se ha evidenciado con un crecimiento de la economía, Ecuador es el tercer país con mayor crecimiento económico en América Latina, generando mayor riqueza y promoviendo la igualdad. La recaudación de impuestos se ha duplicado y la presión tributaria subió más de tres puntos, por la renegociación de los contratos el Estado recibe 46 millones adicionales por cada dólar de aumento en el precio del barril, se ha dado una transformación productiva con grandes proyectos energéticos para lo que se requiere sumar conocimientos y tecnología, el turismo ha sido otra fuente de recursos, la participación industrial se mantuvo en el 14%. Ecuador tuvo la inversión pública más alta de América Latina y el Caribe en relación al PIB en el 2011, la inversión social aumento 2.5 veces en los últimos cinco años, la banca pública triplicó los créditos entre el 2006 y el 2011.

En el Plan Anual de Inversiones 2012 se destinó el 49% para la producción y sectores estratégicos, el 22% para desarrollo social y talento humano, 16 % para participación y política económica, 13% para seguridad y justicia. Para el año 2011, el pago de la deuda externa fue del 7%, en educación el 12%, salud el 6%, vialidad el 5% y energía correspondió el 6%, todavía conservamos los indicadores más inequitativos en cuanto a la distribución de la tierra, a pesar que uno de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir es la conservación de los patrimonios natural y cultural, la deforestación es uno de los principales problemas del país.

Actualmente más niños, niñas y adolescentes asisten a escuelas y colegios, el mayor incremento de la cobertura educativa se dio en la población indígena y afro ecuatoriana así como el aumento en matrícula en los más pobres es más significativa, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010) y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, el analfabetismo disminuyó del 9% en el año 2001 al 6.8% en el 2010, el mayor porcentaje está en la población indígena y pobre, hoy por hoy los ecuatorianos tienen mejor atención en salud, con la Misión Manuela Espejo se han realizado 882 mil atenciones médicas entre el 2009 al 2011, 174 mil ayudas técnicas entre el 2010 al 2011, 12.300 bonos Joaquín Gallegos Lara.

2.6 DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN MENORES DE TRES AÑOS

“La necesidad de tratar los problemas de los individuos en el contexto donde se dan han sido el principal motivo de reflexión y análisis. Consideramos muy necesario tener presente la naturaleza interactiva de los problemas y otorgarle una importancia básica al contexto en el que se producen”

Burden, R.

2.6.1 Factores de riesgo en el desarrollo infantil en la primera infancia

Investigaciones realizadas sobre los factores externos que influyen y alteran el desarrollo del cerebro en edades tempranas señalan que están íntimamente relacionadas con la mala alimentación, repercutiendo en el desarrollo neuronal y neurológico (Young 1996), de la misma manera los factores ambientales ocasionan alteraciones y modificaciones en el sistema nervioso central (Ratey 2002).

En nuestro país a través de estudios en zonas rurales, se confirmó la relación que existe entre el retraso en el desarrollo de la motricidad fina y el bajo peso al nacer. (Handal et.al 2009). Al factor nutricional se suma el factor socio – ambiental, el cual también influye en el desarrollo neuronal y las conexiones sinápticas. El niño y la niña que reciba mayor cantidad de estímulos sensoriales, afecto y cariño de su familia y se interrelacione con la sociedad, tendrá un óptimo proceso de crecimiento y desarrollo (UNICEF, 2000).

El factor psicosocial al igual que la corriente biologista, manifiesta que el factor esencial para el desarrollo humano es la interacción con el entorno y resalta la importancia de los primeros años de vida, puesto que durante la primera infancia se sientan las bases para el desarrollo de la personalidad, organización de su vida afectiva y adquisición de las funciones cognitivas superiores.

Ratey (2002) manifiesta que un ambiente rico en estímulos permitirá que los menores en la primera infancia, desarrollen estructuras conceptuales y relaciones socio- afectivas adecuadas y sólidas.

2.6.1.1 Factores socioculturales

Desde que el niño/a nace se introduce en el contexto social y éste condicionará en gran medida su desarrollo, de ahí la importancia de resaltar la influencia de los factores socioculturales y ambientales que junto con los factores biológicos marcarán el desarrollo de las habilidades motoras, cognitivas, lingüísticas y socio - afectivas.

En ocasiones el ambiente en el que se desenvuelve el niño/a no cuenta con las condiciones apropiadas para su desarrollo como entornos no estimulantes, carencia afectiva de parte de los padres, malnutrición, nivel económico, nivel de escolaridad de los padres, entre otros; estos factores originarían algún tipo de problema en su desarrollo.

El desarrollo del niño/a es un proceso dinámico en el cual los factores físicos y psicosociales están íntimamente ligados, los factores psicosociales engloban el desarrollo cognoscitivo, social y emocional producto de la interacción permanente entre el niño y el contexto en el que se desenvuelve; así como también, dependen de la maduración biológica del sistema nervioso central y del cerebro.

Las teorías sobre el desarrollo del niño/a señalan a los factores sociales, culturales y ambientales como elementos determinantes que permitirán y beneficiarán en mayor o menor grado cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños/as.

La teoría sociocultural de Vygotski refiere la influencia del contexto sociocultural y resalta que el desarrollo no puede ser concebido como

un rasgo del individuo independientemente del contexto en el que éste piensa y actúa; y más bien está condicionado por el entorno sociocultural. Por una parte ésta interacción social facilita al niño información e instrumentos para desenvolverse en su contexto; y por otra parte, el contexto histórico, sociocultural controla el proceso mediante el cual un grupo social accede a distintas herramientas.

Los factores a través de los cuales la cultura determina el desarrollo del niño son cuatro:

1. La cultura organiza la presencia o ausencia de entornos problemáticos básicos a los que el niño /a se enfrenta y que están incorporados a las prácticas culturales.
2. La frecuencia con la que los niños/as realizan ciertas actividades, que se consideran básicas en un grupo social, están culturalmente organizadas.
3. La cultura determina también pautas de acuerdo con las cuales ciertos sucesos se presentan conjuntamente.
4. La cultura regula el nivel de dificultad de las tareas que han de realizarse en un contexto determinado.

La influencia de los factores socioculturales en el desarrollo biopsico – social de los menores es significativo. Según la Organización Mundial de la Salud, las experiencias de la infancia tienen secuelas de por vida en términos de salud, educación y nivel económico, los menores que viven en situaciones de desventaja y que sufren de carencias disminuyen sus posibilidades de tener un futuro exitoso.

Larrañaga, E., Yubero, S., & Bodoque, A. *Aspectos Psicosociales del Proceso de Socialización: La Familia como Escenario de Desarrollo*. Departamento de Psicología Universidad de Castilla – La Mancha.

Los niños/as difieren con respecto a su estatura, peso, talla, constitución física, otros factores como salud, inteligencia, personalidad, reacciones emocionales, sus contextos y estilos de vida, el hogar, la comunidad, la sociedad en la que viven, las relaciones que tienen, el tipo de escuela a la que asisten también difieren. Estas diferencias individuales hacen que un niño/a sea diferente uno de otro con respecto a sus características, influencias o resultados del desarrollo, ya que éste es complejo y los factores que intervienen no siempre pueden medirse de forma precisa.

La influencia sobre el desarrollo se origina primero en la herencia, la condición genética innata viene de los padres biológicos en el momento de la concepción, otras provienen del ambiente interno y externo, estas diferencias individuales van aumentando conforme los niños/as crecen, los cambios de la infancia y de la niñez temprana se relacionan con la maduración del cuerpo y del cerebro.

Para comprender las similitudes y diferencias en el desarrollo se debe observar las características heredadas por cada persona, pero se requiere también tomar en cuenta los factores ambientales que afectan al ser humano, sobre todo los escenarios importantes como la familia, la comunidad, el nivel socioeconómico, el grupo étnico y la cultura. Como seres sociales que somos nos desarrollamos dentro de un contexto social, este contexto inmediato para el niño lo constituye su familia y a

la par la familia está sujeta a la influencia de la comunidad y de la sociedad. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005)

2.6.1.2 Factor biomédico

2.6.1.2.1 Factor biológico

El proceso de desarrollo infantil durante los primeros años de vida es progresivo, continuo y se caracteriza por la adquisición de funciones importantes en la esfera motriz, cognitiva y socio afectiva de los menores, esta evolución está relacionada estrechamente con el proceso de maduración del sistema nervioso. La base genética es específica de cada persona y establece capacidades propias del desarrollo y no puede ser modificada.

Uno de los factores que afectan el desarrollo del niño/a es el componente biológico que se deben tener en consideración al realizar un proceso de evaluación para determinar cualquier situación de retraso del desarrollo.

Dentro de los Factores Biológicos se encuentran los factores genéticos, factores prenatales, perinatales y postnatales.

2.6.1.2.2 Factores genéticos

Los factores genéticos o herencia tienen una influencia transcendental en el crecimiento y desarrollo del ser humano, quien después del nacimiento continúa con la misma carga genética que tenía desde su concepción.

2.6.1.2.3 Factores prenatales

Se presentan desde la concepción hasta el momento del parto, son diversos factores fisiológicos que pueden causar algún tipo de deficiencia o alteración en el desarrollo del niño/a, entre los factores prenatales encontramos la edad de la madre, tipo de atención prenatal, salud y nutrición de la madre, consumo de alcohol, tabaco o drogas e infecciones congénitas. La mayoría de factores de riesgo en la etapa prenatal tienen relación con la salud y costumbres de la madre, por lo tanto se consideran potencialmente significativos y perjudiciales en el desarrollo del feto.

2.6.1.2.4 Factores perinatales

Se presentan durante el parto y pueden comprometer un adecuado desarrollo motor, cognitivo, lenguaje y social del recién nacido. La prematuridad, bajo peso al nacer, problemas respiratorios, asfixia perinatal, problemas metabólicos o hiperbilirrubinemia son los factores perinatales más frecuentes sin dejar de lado el ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatal.

2.6.1.2.5 Factores postnatales

Situaciones que se dan después del nacimiento del bebé y que complican su desarrollo, estos son de tipo biológico y ambiental. Entre los factores ambientales se encuentran la calidad de apego entre padres e hijos/as y la situación socioeconómica de la familia que puede influir en la evolución del niño/a, generando algún tipo de enfermedad. Los factores biológicos afectan el crecimiento del niño como consecuencia de la prematuridad, presencia de discapacidad o crisis convulsivas.

2.7 Factor psicológico

Describen las características más sobresalientes de las personas, son fuerzas cognoscitivas, emocionales, perceptuales y de personalidad que inciden en la conducta del ser humano. El desarrollo de la inteligencia nos permite percibir e interpretar el mundo de manera disímil.

2.8 Factores socioculturales internos

La cultura del grupo humano al que pertenece así como la cultura de la familia sin duda alguna influye en el desarrollo de cada niño/a. Entre los factores sociales que provocan situaciones de riesgo en el desarrollo de los niños se muestra la situación económica, el entorno familiar, el contexto social y cultural.

2.9 Factores del ciclo vital

Los factores del ciclo vital consisten en que un mismo hecho causa efectos diferentes según el momento de la vida en el que ocurra. La influencia de estos factores se puede representar como una espiral compuesta de elementos biológicos, psicológicos y socioculturales

Los factores del ciclo vital facilitan un contexto que nos permite entender como percibimos nuestra situación actual y cómo ésta nos afecta. (Kail & Cavanaugh, 2006)

2.10 Factores socioculturales externos

Para comprender el desarrollo humano es imprescindible entender como las personas se relacionan entre sí y cómo interaccionan con su entorno, así como concebir que formen parte de un sistema en el cual ninguna de sus partes puede obrar sin influir en el resto de ellas. Este

sistema lo conforman los padres, hermanos, los niños, personas importantes fuera del ámbito familiar y las Instituciones que intervienen en el desarrollo.

Las personas e Instituciones cimientan la cultura del individuo, es decir los conocimientos, actitudes, conducta, la cultura va a la par de un país, un pueblo, a una época o a grupos que preservan tradiciones específicas.

Ningún aspecto del desarrollo se comprende cabalmente si se examina solos, los cuatro factores biológicos, psicológicos, socioculturales y del ciclo vital que intervienen en el desarrollo interactúan; si se quiere determinar los efectos de la variación genética es necesario explorar aspectos específicos de la conducta dentro de un contexto social concreto, así mismo si se quiere conocer el efecto del factor sociocultural se debe analizar como éste afecta a la salud.

2.10.1 Relación de los factores socioculturales y económicos con el desarrollo integral del niño/a

El factor sociocultural está representado por la persona, la familia y la comunidad, este componente no es sólo la relación entre las personas sino que parte también de sus derechos, deberes y su postura dentro del medio en el que se desenvuelve, este factor trata además de la formación de las sociedades, su participación individual y colectiva. Por otro lado la cultura se concibe como el proceso de desarrollo intelectual, físico, socioemocional a través de estímulos ambientales y su interacción con sus semejantes, con sus costumbres para llegar a un crecimiento y desarrollo integral.

La cultura constituye una forma de vida de una sociedad o grupo, está en constante cambio, identifica y une a los pueblos y nacionalidades al igual que la educación parte del núcleo familiar y se insinúa en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo por medio de la observación e imitación de costumbres, tradiciones, creencias y valores.

Los factores socioculturales actúan positiva o negativamente, directa e indirectamente en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño/a quien recibe la influencia del contexto cultural: normas, valores, ideología y conocimientos que se dan antes, durante y después de la concepción y de los hábitos de alimentación, desconocimiento en el área de salud, falta de controles médicos prenatales, condiciones de insalubridad, privación de la lactancia materna, falta de planificación familiar, dan con resultado elevada tasa de pobreza, desnutrición y mortalidad infantil y materna.

Es prioridad de la familia velar por el proceso de crecimiento y desarrollo integral del niño/a y adolescente quienes deben proporcionar alimentación, educación, salud, vivienda y otros elementos como cultura, recreación que promuevan su desarrollo e integración al sistema social.

La familia y la comunidad también son objeto y sujeto de los programas de atención en salud y educación por parte del Estado, quien debe garantizar una mejor calidad de vida de toda la población.

El sector político y estatal es responsable de la organización, ejecución y financiación de proyectos y programas orientados a mejorar

la calidad de vida de la población especialmente de la población más vulnerable. Estos proyectos deben estar dirigidos a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cubra la atención al niño/a desde la concepción hasta la adultez.

El nivel socioeconómico combina algunos factores como son los ingresos, la educación y la ocupación de los padres, generalmente los niños pobres son más vulnerables a tener problemas emocionales o conductuales, su potencial cognoscitivo y desempeño académico es menor, este factor económico afecta también el tipo de hogar en el que viven los niños/as, la calidad de nutrición, atención médica, la escuela; entre otros.

El daño que causa la pobreza puede ser indirecto, mediante el impacto sobre el estado emocional, las prácticas de crianza de los padres y el ambiente en el que se desenvuelven, estos factores de riesgo amenazan el bienestar de los niños, condiciones que incrementan la posibilidad de un resultado negativo en el desarrollo de la población infantil.

2.10.2 Familia y crianza del niño/a

Las pautas de crianza forman parte de las relaciones familiares, en donde los padres tienen un rol transcendental en la formación de sus hijos, quienes poseen una noción no muy estructurada y elaborada de la mejor manera de criar a sus hijos/as. Padres y madres tienen determinadas pautas de crianza dependiendo de la situación, el contexto, la cultura, la educación, entre otros. Muchos de ellos alcanzan la habilidad de orientar el comportamiento los niños/as, pero sin una explicación satisfactoria y coherente de su conducta. Padres de bajo

nivel educativo justifican sus prácticas de crianza al hecho de que son acciones aprendidas y utilizadas por sentido común.

Estas prácticas de crianza deben ir más allá del sentido común a un proceso complejo y sistemático que garantice la supervivencia del niño/a, que favorezca su crecimiento y desarrollo, facilite el aprendizaje y le permita desenvolverse en el contexto social. La adquisición de competencias sociales, autocontrol, auto concepto, interiorización de valores morales están vinculados con el grado de control, aprobación y afectividad que expresen los padres a sus hijos/as.

Algunas de las pautas de crianza son acciones aprendidas o son producto de referencias de otros padres de familia, pueden ser positivas o negativas y son de gran importancia para el proceso de desarrollo y socialización del niño/a. Los patrones de crianza varían de una cultura a otra, por ello no se puede asegurar que uno sea mejor que otro.

Cuando no están presentes las pautas de crianza en la vida familiar, se produce una crisis de valores, descomposición social y familiar aumenta la violencia.

Si bien es cierto la crianza es un proceso sistemático que se transmite de generación en generación en ocasiones sin ser modificado, en el cual los padres inician su formación desde su propia familia como hijos como algo natural y armónico, en el cual por el hecho de ser padres desde lo biológico se cree que ya están preparados para la paternidad y la maternidad, ello no es una realidad puesto que por los cambios sociales y avances tecnológicos actuales se

requiere de capacitación para cumplir con éxito su función comprometiéndose en crear espacios para que sus hijos/as se desarrollen completamente.

La familia interviene en el desarrollo socio afectivo del niño/a, puesto que los valores, normas y habilidades, destreza para resolver conflictos, regulación emocional se adquieren durante la infancia y son transmitidos por sus padres, a pesar que los factores que intervienen en el desarrollo del niño/a son multidimensionales, es importante recalcar la influencia de la familia y sus pautas de crianza ejercen en él.

Mestre (1999) destacan que el tipo de normas que una familia establece, los recursos y procedimientos que utilizan para hacer cumplir dichas normas, junto con el grado de afectividad, comunicación y apoyo entre padres e hijos, son fundamentales para el crecimiento personal la interiorización de valores, las habilidades sociales y toma de decisiones para resolver conflictos.

El desarrollo socio afectivo y la socialización en la infancia está relacionado con la participación, la crianza y la estimulación en la familia, como se destaca en los lineamientos de la UNICEF (2004), la intervención de los padres y la familia en la crianza de los niños/as y en su desarrollo es importante para identificar y potencializar sus fortalezas además que facilitan el desarrollo de habilidades sociales.

2.10.3 Contexto escolar y su influencia en el desarrollo del niño/a

La educación se basa en la concepción integral del ser humano y se concibe como un proceso de formación permanente, personal, social y

cultural; este proceso es un derecho que está enmarcado universalmente por la “Declaración de los Derechos Humanos”.

El factor educativo se desarrolla en el niño desde su núcleo familiar de una manera espontánea e informal especialmente durante los primeros cinco años de vida del niño /a. Durante estos primeros años de vida el niño tiene mayor capacidad para asimilar, receptar e imitar; a ello se suma las oportunidades que le ofrecemos para que adquiera hábitos y patrones de comportamiento. La preparación informal debe complementarse con el proceso de educación formal desarrollados en la comunidad a través de la Instituciones de Enseñanza Públicas y Privadas en las cuáles adquieren conocimientos, valores, desarrollan habilidades y actitudes que les permitirán tener las herramientas necesarias para desenvolverse en la sociedad.

El factor socioeducativo interviene en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño/a puesto que depende de la calidad de conocimientos que tengan los padres quienes con poca o mediana formación educativa pueden brindar cuidados adecuados a sus hijos/as así como también de las oportunidades que facilite la Comunidad y el Estado referente a la capacitación en alimentación, salud, unión familiar y programas de estimulación.

Es relevante considerar que tanto en el Ecuador como el resto de América Latina existe déficit educativo por varias causas. El nivel de educación de la población constituye uno de los factores que más se usa para realizar el análisis demográfico ya que éste influye sobre la conducta reproductiva, uso de anticonceptivos y salud de niños, niñas y adolescentes.

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia celebrada el 30 de septiembre de 1990 adoptó una serie de metas globales en el área de educación entre las cuales sobresalen la educación básica para menores, acceso a parejas a educación y planificación familiar, prevención de embarazos no deseados, nacimientos numerosos, embarazos en mujeres en edad extrema.

El cumplimiento de políticas de salud y Educación permite aportar a un mejor porvenir lleno de oportunidades para toda la población en especial el materno – infantil.

2.11 Alteraciones en el desarrollo infantil

El desarrollo infantil es el resultado de la interacción de los factores biológicos y de las experiencias que le ofrece el medio ambiente, elementos adversos en cualquiera de estos dos factores pueden alterarlo o provocar algún tipo de daño. Cuando es factible que acontezca esta situación se le denomina “riesgo para el desarrollo”.

Para que un niño/a se desarrolle apropiadamente requiere como condición básica el afecto de su madre o de la persona encargada de su cuidado, la carencia de afecto en los primeros de años de vida constituiría un factor de riesgo importante para su desarrollo.

Según varios estudios clasifican a los riesgos en el desarrollo del niño/a como riesgos biológicos y riesgos ambientales.- Los riesgos biológicos se presentan en la etapa pre, peri y postnatal que resultan de la posibilidad de daño en el desarrollo. Los riesgos biológicos pueden separarse de los ya establecidos especialmente de los de origen genético, como ejemplo de riesgos establecidos están los metabólicos,

malformaciones congénitas y síndromes genéticos. La prematurez, hipoxia cerebral grave, meningitis, encefalitis, etcétera son algunos de los riesgos biológicos.

Los riesgos ambientales se refieren a experiencias desfavorables vinculadas con la familia, la sociedad, y el medio ambiente como son: la desintegración familiar, malas condiciones de salud, escasos recursos económicos, educacionales y sociales, prácticas incorrectas de cuidado, entre otros.

Los niños en situación de riesgo en su desarrollo son aquellos quienes debido a determinados factores biológicos y ambientales presentan algún tipo de deficiencia o alteración en su capacidad motriz, cognitiva, lenguaje, sensorial, socio-afectiva y conductual.

Aquellos niños que se ven afectados por factores biológicos y ambientales presentan mayor riesgo en su desarrollo evolutivo a diferencia de aquellos que sólo poseen una clase de factores.

Los problemas en el desarrollo del niño/a pueden presentarse de varias maneras tales como: alteraciones en el lenguaje, en el desarrollo motor, cognitivo, emocional y social. En muchas ocasiones se ven comprometidas más de una función, por ello la presentación clínica de los problemas de desarrollo del niño/a varía entre el tipo de retraso con la intensidad del mismo.

Los menores que tienen una buena alimentación y salud, no presentan manifestaciones clínicas de problemas en su desarrollo pero al no recibir suficiente y adecuada estimulación no conseguirían

alcanzar todo su potencial. Por ello es fundamental no solo la detección y el diagnóstico sino también promover las bases para el desarrollo integral del niño/a.

Uno de los aspectos importantes que se debe observar es la evolución del lenguaje, ya que el niño/a con audición normal, el desarrollo de lenguaje es un indicador que permitirá establecer su aptitud cognitiva y social a futuro.

La tipificación de los problemas del desarrollo en la población infantil por parte de la familia o de un profesional de la salud depende de varios factores, cuando mayor es la gravedad de la alteración del desarrollo y el área en la cual se presenta, resulta más fácil su identificación por parte de los profesionales.

Aquellas alteraciones en el desarrollo motor son más reconocibles que las alteraciones en el área cognitiva y de lenguaje. A pesar de que algunas de las alteraciones graves son identificadas en la primera infancia, problemas como hiperactividad, lenguaje, trastornos emocionales no son diagnosticados con mucha facilidad antes de los tres y cuatro años.

Estar alerta a la evolución y los factores que intervienen en este proceso para que el niño/a desarrolle todo su potencial es prioritario. Es indispensable también que las familias así como los profesionales se capaciten en la vigilancia e identificación de posibles alteraciones en el desarrollo del niño/a, para que puedan ser referidos a intervención y tratamiento propicio.

Para identificar los posibles riesgos de presentar problemas en el desarrollo, la prueba que se sugiere es el Tamizaje que es un procedimiento metodológico del desarrollo de los niños supuestamente normales. Para realizar el seguimiento del niño/a lo más seguro es la vigilancia del desarrollo, y cuando se da una necesidad diagnóstica se requiere de la evaluación del desarrollo, estos procedimientos se relacionan unos con otros.

El papel que cumplen los padres en el proceso de vigilancia del desarrollo de sus hijos/as es vital, ya que ellos son buenos observadores y detectores de posibles deficiencias, su criterio tiene un valor predictivo.

Cuando el niño/a presenta retrasos en su desarrollo como consecuencia de problemas ambientales y carencia de estímulos por parte de quienes están a su cuidado, el tratamiento está dirigido específicamente a capacitar y orientar a los padres en la forma como deben interactuar con el niño/a.

Si el retraso en el desarrollo es inducido por una patología requiere un tratamiento con medicamentos lo más pronto posible, a esto se debe sumar el tratamiento funcional a través del equipo interdisciplinario.

Cuando el retraso se da como resultado de una secuela que ocurrió antes, el procedimiento consiste en tratar las alteraciones que están presentes lo antes posible, varias experiencias señalan que la estimulación durante los tres primeros años de vida del niño, mejoran notablemente su desarrollo y desempeño. (AIEPIR)

2.11.1 Alteraciones prenatales

Existen períodos claves en la vida de una persona, uno de ellos es el período prenatal que se da desde la concepción hasta el momento del parto, en el cual se pueden presentar factores de riesgo importantes.

2.11.1.1 Factores de riesgo prenatales

Los factores de riesgo que se presentan en la etapa prenatal tienen relación con el estado de salud de la madre, costumbres, edad, tipo de alimentación, cuidados prenatales, que son factores maternos que pueden convertirse en riesgos importantes.

- Edad de la madre: Las mujeres mayores de 36 años y menores de 16 tiene mayor posibilidad de tener un hijo con algún tipo de problema.
- Atención Prenatal: Mujeres que por desconocimiento o por opción personal no reciben atención médica prenatal puede producir algún tipo de alteración.
- Problemas de salud de la madre como epilepsia, diabetes, VIH, aumentan ampliamente el riesgo de que el bebé presenten algún problema.
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo pueden provocar abortos, mortalidad infantil perinatal, alteraciones en el crecimiento y en desarrollo pulmonar del bebé, bajo peso al nacer, malformaciones del feto, alteraciones de la capacidad cognitiva, defectos en el corazón, microcefalia.

-
- Infecciones congénitas como toxoplasmosis, rubéola, herpes, sífilis, citomegalovirus.

2.11.2 Alteraciones perinatales

Los factores de riesgo perinatales se producen durante el parto y el alumbramiento, los cuales tienen importancia en el desarrollo apropiado del feto. La prematuridad, el bajo peso al nacer, problemas respiratorios, metabólicos, asfixia perinatal y la hiperbilirrubinemia son algunos de estos factores que pueden afectar el desarrollo motor, lingüístico, cognitivo, socio - afectivo del recién nacido.

Cuando el parto se da entre las 37 y las 42 semanas se establece que es un parto a término, si se produce antes de las 37 semanas de gestación se habla de un parto prematuro, y cuando se da después de las 42 semanas se constituye en un parto postmaduro. De esta manera se puede determinar si un bebé es prematuro cuando se diferencia el tiempo de gestación.

Para establecer que un niño/a tiene bajo peso al nacer, se debe tener en cuenta el peso, así un recién nacido con un peso comprendido entre 1500 y 2500 gramos se considera de bajo peso, si el bebé nace con un peso entre 1000 y 1500 gramos tiene muy bajo peso, y se considera extremadamente bajo con un peso inferior a 1000 gramos.

Entre los factores que ocasionan prematuridad y bajo peso al nacer encontramos:

- Infecciones Maternas en el embarazo.

- Embarazos Múltiples.
- Factores genéticos.
- Consumo de alcohol, drogas y tabaco.
- Problemas de Nutrición de la madre.

El niño/a prematuro frecuentemente presenta problemas respiratorios, el más común es el Síndrome de Distress Respiratorio que consiste en una insuficiencia respiratoria ocasionada por la falta de la lipoproteína que recubre la superficie de los alveolos pulmonares y que evita que se colapsen durante la respiración normal. Posterior al tratamiento de la insuficiencia respiratoria, muchos de los niños/as desarrollan Displasia Broncopulmonar que es una enfermedad crónica, quienes son más vulnerables a padecerla aquellos niños/as que tienen un peso menor a 1500 gramos y con respiración asistida por más de treinta días. Probablemente cuando el niño crezca presente retraso en el desarrollo o problemas de lenguaje.

Los bebés prematuros también pueden presentar Apnea que es un patrón respiratorio irregular debido a que su Sistema Nervioso Central está inmaduro o presentan algún daño.

Es común que los bebés prematuros presenten asfixia perinatal ocasionada por la disminución de la cantidad de oxígeno que se envía al flujo sanguíneo cerebral del bebé. Estos niños tienen una baja puntuación en el test de Apgar, en donde los bebés manifiestan irritabilidad, tono muscular bajo, pérdida de sensibilidad o respuestas exageradas, en ocasiones convulsiones y el coma inclusive. Entre las causas de la asfixia se encuentran problemas con el cordón umbilical,

con la placenta, parto complicado, el tamaño del bebé. Como consecuencia de este problema el niño puede presentar retraso evolutivo, parálisis cerebral e hipotonía.

Los niños con bajo peso al nacer o prematuridad generalmente padecen problemas metabólicos originados por el déficit de minerales, sustancias básicas para el metabolismo del cerebro como la glucosa. A través de pruebas tales como la Prueba del talón se puede detectar estos problemas metabólicos.

Los bebés en la mayoría de los casos presentan algún nivel de ictericia, debido a la cantidad de bilirrubina. En los bebés prematuros y de bajo peso al nacer con elevado nivel de bilirrubina son más vulnerables de padecer hipoacusia neurosensorial y parálisis cerebral.

2.11.3 Alteraciones posnatales

Existen una serie de factores de riesgo que se presentan luego del parto que pueden complicar el desarrollo del niño/a.

Los factores de riesgo pueden ser de tipo ambiental y biológico.

2.12 Factores Ambientales

Los niños/as en situación de riesgo social y ambiental, son aquellos que no cuentan con condiciones materiales de vida apropiados, sus necesidades más básicas no son satisfechas y viven en condiciones precarias de recursos familiares y afectivas que no garantizan una crianza satisfactoria. Un factor importante en la vida del niño es la calidad de vínculo afectivo y apego con sus padres, particularmente con la madre.

El nivel socioeconómico de la familia es un factor que puede influir en el desarrollo del niño/a, puesto que son más vulnerables para presentar algún tipo de alteración como consecuencia de la privación de estímulos, estrés y carencias que provienen de este contexto.

Cuando hablamos de factores de carencias sociales, económicas y culturales se refieren a niños /as que no tienen cubiertas sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud, vestimenta, y en algunos casos familias que no cuentan con recursos suficientes para reducir al máximo la discapacidad con adecuaciones necesarias.

Niños /as que tienen un estado nutricional inadecuado puede dejar secuelas neurológicas y de crecimiento en algunos casos irreversibles. La desnutrición es el resultado de factores como enfermedades infecciosas, prácticas incorrectas de alimentación e higiene, condiciones de insalubridad, escaso consumo de nutrientes. Si a estos déficits se le suman condiciones de vida deficientes, las posibilidades de desarrollo se complicarían aún más.

La malnutrición genera en los niños/as dificultades para mantener la atención, insuficientes recursos cognitivos, apatía, problemas para comprender, condicionando la posibilidad de relacionarse e interactuar con el entorno.

Un déficit por sí mismo no determina la discapacidad sino que al relacionarse con las posibilidades específicas que disponga la persona para disminuir la consecuencia que éste produce.

Los factores relacionados al sistema educativo están inherentes a la dificultad de reconocer y negar hasta cierto punto las características

socioculturales de los niños/as, disminuyendo sus posibilidades de tener un aprendizaje significativo, en el cual se respete su singularidad personal y cultural.

Esta es una problemática que viven particularmente los países de América Latina y que se ha agudizado en los últimos años. Numerosos sectores de sus poblaciones atraviesan exclusión social por múltiples factores, afectando no sólo el aspecto económico sino también la adjudicación de bienes educativos.

Los niños/as con condiciones de vida extrema, que provienen de hogares con poca presencia familiar, y con situaciones de educabilidad deteriorada frecuentemente abandonan la escuela. (Bruzzo, Halperin, & Lanci, 2010)

2.13 Factores Biológicos

Al referirnos de factores biológicos, hablamos de todas las afecciones que se presentan en el niño/a de origen genético, congénito o adquirido, estos factores interfieren en su desarrollo armónico, en la posibilidad de aprender, así como también disminuyen la perspectiva de desarrollarse con éxito en su futuro.

La prematuridad al nacer así como una mala nutrición ocasionada por la dificultad para coordinar los órganos encargados de la deglución, reflujo gastroesofágico, deprivación materna y ambiental pueden afectar su crecimiento y desarrollo.

Dentro de los factores biológicos se encuentran también las crisis convulsivas, siendo la epilepsia la más común, enfermedades como la meningitis, meningoencefalitis, traumatismo craneo encefálico grave,

hipotiroidismo, enfermedades metabólicas, lesiones producto de accidentes, abuso y maltrato infantil.

2.14 Evaluación del desarrollo infantil

En la actualidad las políticas de salud y educación del país confieren gran importancia a la atención a la población infantil desde el nacimiento hasta los tres años de edad prioritariamente, con acciones que favorezcan un crecimiento y desarrollo saludable.

Para que este proceso de desarrollo se efectúe satisfactoriamente es imprescindible que todas las personas que están inmersas en el cuidado y atención de los menores se encuentren capacitadas y adquieran habilidades y destrezas que les permitan facilitar un desarrollo óptimo a los infantes con un trabajo conjunto con los padres y la familia. En este contexto se considera la evaluación del desarrollo como una herramienta fundamental para conseguir un desarrollo adecuado de la población infantil.

A través de la evaluación del desarrollo infantil se puede establecer si el cerebro del niño está funcionando adecuadamente, mediante la observación y la vigilancia de las habilidades y destrezas que se presentan acorde a la edad del niño y de la niña.

El desarrollo infantil es un proceso complejo que puede afectarse por varios factores ambientales y propios del niño/a, la influencia de estos factores hacen que el niño/a sea más vulnerable y tenga más riesgo de presentar alguna alteración. Conocer y detectar

oportunamente signos tempranos permite prevenir posibles problemas en el desarrollo.

Es prioritario realizar la vigilancia del desarrollo de forma sistemática durante los tres primeros años de vida del niño/a, con el objetivo de detectar a tiempo posibles alteraciones y establecer el programa de habilitación o rehabilitación. (Rodríguez, Nakamura, García, Berruecos, Solares, & Hernández)

La evaluación del desarrollo en edades tempranas debe estar basada en un modelo integrado, en el cual el niño/a es un ser integrado donde cada una de las áreas están relacionadas unas con otras. Es importante comprender el desarrollo global del niño/a para lograr los objetivos de la evaluación.

Las fuentes de información, los diferentes contextos y los múltiples instrumentos son parte fundamental del proceso de evaluación, proceso que debe ser secuencial, sistemático, de análisis, y observación directa y continua.

La piedra angular en la evaluación del desarrollo es tener un amplio conocimiento de las pautas de desarrollo normal del niño/a, de esta manera poder interpretarlas y comprarlas con conductas observadas en los niños/as, además es fundamental identificar las competencias, capacidades funcionales y los puntos fuertes del niño/a, ya que es más importante conocer cómo se manifiestan sus habilidades y no la cantidad que tiene.

Los padres y la familia constituyen un componente indispensable en la evaluación del niño/a, la información que pueden aportar es valiosa,

ya que son ellos los primeros observadores de posibles anomalías en el desarrollo de su hijo/a. Es esencial que el profesional observe la interacción de los padres hacia el niño/a, esta acción proporciona datos al especialista, y a la vez que le permite contribuir en esta interacción para que sea más productiva.

En este sentido el objetivo principal de la evaluación es comprender los aspectos que facilitarán el crecimiento y desarrollo del niño/a, obtener información sobre competencias, recursos, ambientes de aprendizaje y cuidado que le permitirán alcanzar todo su potencial de desarrollo.

2.14.1 Características del desarrollo infantil

Diversas teorías y enfoques sobre el desarrollo de los niños /as reconocen la presencia de etapas en las que diversos factores biológicos y ambientales influyen en el crecimiento biopsicosocial del niño/a.

El niño/a viene dotado de una carga genética, que determina en gran parte cómo será su desarrollo pero el factor ambiental influye notablemente en este proceso. El tipo de relación y vínculo que se establece con los padres, la calidad de atención que recibe el niño/a tanto físico y emocional, las pautas de crianza limitará o beneficiará este desarrollo. Cada niño/a tiene su ritmo de desarrollo particular, en donde la adquisición de habilidades se presenta de forma propia.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. *Guía para el desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años*. GAT: Real Patronato sobre Discapacidad.

2.14.2 Instrumentos de evaluación del desarrollo infantil

“El desarrollo es un proceso continuo que abarca desde la concepción hasta la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable” (Illingworth, 1982).

El desarrollo infantil es un proceso extremadamente complejo en el cual a través de la interacción de aspectos biológicos, psicológicos y ambientales se forman las habilidades que al niño/a le permitirán relacionarse adecuadamente con su entorno.

La aparición de alteraciones durante períodos críticos como son la etapa de gestación y los primeros años de vida del niño/a, en donde se compromete el correcto desarrollo del infante tiene consecuencias graves si no son detectadas oportunamente

Hablar de evaluación en atención temprana significa intervenir en el momento que se manifiestan o detectan en los niños/as los primeros signos de riesgo de sufrir alguna alteración en su desarrollo, por lo que es prioritario realizar una evaluación del desarrollo psico afectivo y educativo que facilite un conocimiento integral del niño/a, considerando también que el desarrollo de niño/a tiene lugar en el contexto familiar y escolar de ahí su importancia dentro de la evaluación y diagnóstico e intervención.

El objetivo de la evaluación es determinar las habilidades y posibles alteraciones para trazar el plan de intervención. Al establecer este perfil del niño/a se cuenta con la línea base de su funcionamiento importante para evaluar la eficacia de la intervención y su progreso.

La detección temprana de posibles alteraciones en el desarrollo del niño/a, desde el momento en que aparecen los primeros signos de alerta, permitirán tomar las medias terapéuticas, educativas y asistenciales pertinentes y su impacto será menor. (Grupo de Atención Temprana, 2000). Cuando se detecta alteraciones en el desarrollo a tiempo proporciona al niño/a atención temprana adecuada, prevención de problemas, facilita y mejora la relación entre padres e hijos/as.

Los programas de detección e intervención temprana en los trastornos del desarrollo, trastornos del espectro autista o discapacidades intelectuales han provocado a que la evaluación del desarrollo infantil sea priorizada y considerada como un aspecto fundamental durante la etapa de crecimiento y desarrollo del niño/a.

Para la detección y diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos es necesario contar con amplia información que va desde los estudios genéticos, exámenes médicos, pruebas diagnósticas, evaluaciones referidas por maestros, asistentes de cuidado y de aquellos profesionales que están a cargo del niño/a, sobre todo determinar posibles desviaciones o retrasos en cada una de las áreas del desarrollo.

Para valorar con claridad el funcionamiento y progreso que tiene el niño/a en cada área de desarrollo se requiere la combinación de la

aplicación de pruebas estandarizadas y las diversas fuentes de información.

Los test estandarizados son herramientas que nos permiten evaluar de manera global a los niños/as, estas deben ser sensibles a los retrasos en cada una de las áreas y corresponder a las características de nuestro medio.

2.14.3 Evaluación con instrumentos estandarizados

El objetivo de la evaluación mediante instrumentos estandarizados es obtener del niño/a mejor respuesta bajo condiciones de procedimiento estándar. Su objetivo final es, siempre ayudar a diseñar intervenciones adecuadas. (Bayley, 2006)

La evaluación del desarrollo infantil es un proceso sumamente complejo durante las primeras etapas de vida. Los Tests y escalas estandarizadas componen una forma de observación, evaluación ordenada.

La complementariedad de las escalas permite conocer el perfil del niño explorado y poder planificar un programa de intervención que tenga en cuenta necesidades globales y específicas. (Ruíz, 2015)

2.14.3.1 Principales Escalas de Evaluación Infantil

2.14.3.1.1 Escalas de desarrollo Merrill- Palmer revisadas (MP-R) (Roid – Sampers, 2004)

La necesidad de disponer de herramientas de evaluación acordes a la población de habla hispana, en el año 2007 se inició la adaptación

española de las Escalas de desarrollo Merrill- Palmer revisadas (MP-R) (Roid – Sampers, 2004), dirigidas a la evaluación durante la primera infancia, y se constituyen una de las escalas más prestigiosas.

Las escalas MP-R son el resultado de la actualización de las Merrill-Palmer Scales of Mental Tests (Stutsman, 1931), dirigidas a la evaluación infantil y de aplicación en poblaciones especiales. Estas escalas han tenido gran aceptación e implantación en países como Estados Unidos, Suecia, Noruega y España.

Las escalas de desarrollo de Merrill – Palmer han sido recomendadas por especialistas en el área de Educación Especial y Psicología Infantil, para evaluar problemas de lenguaje expresivo limitado (Sattler, 1994, pág. 79), con autismo (Rutter 1996) o con dificultades de comunicación.

Las Principales características de las escalas de desarrollo de Merrill – Palmer revisadas:

- Evalúa las cinco principales áreas de desarrollo.
 - Abarca desde el nacimiento hasta los seis años y medio de edad.
 - Evalúa las habilidades del niño/a a través de actividades participativas y con juguetes atractivos.
 - Reducido contenido verbal.
 - Combina pruebas de ejecución, cuestionarios para padres, escala de observación y entrevista.
 - Es una evaluación breve, una duración aproximada de 60 a 90 minutos
-

-
- Es una evaluación precisa hasta en los pequeños cambios.
 - Permite comparar los resultados con otros niños de su misma edad y puntualizar el rendimiento del niño/a en función de lo que es capaz de hacer. (Grupo de Atención Temprana, 2000)

Battelle Inventario de desarrollo

El inventario de desarrollo Battelle BDI, creado por J. Newborg, J.R Stock y L. Wnek, y publicado por TEA publicaciones (1998), valora el nivel de desarrollo del niño/a y diagnostica posibles retrasos o deficiencias en las distintas áreas.

Se evalúan las cinco áreas claves de desarrollo: personal – social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva.

- Personal social: Mide las capacidades que le facilitan al niño/a establecer interacciones sociales adecuadas.
- Adaptativa: Mide la autonomía e independencia de actividades de la vida diaria.
- Motora: Control de los músculos del cuerpo.
- Lenguaje: Mide el lenguaje comprensivo y expresivo.
- Cognitiva: Mide las capacidades y habilidades conceptuales.

Este instrumento de evaluación está dirigido para la población infantil de 0 a 8 años de edad cronológica, su categoría es tanto clínica como escolar. Está conformado por más de 300 elementos, se aplica en forma completa o la prueba de screening (forma abreviada), con la cual se reduce el tiempo de aplicación y permite detectar en qué áreas se debe o no realizar la evaluación completa. A través del Examen

estructurado, Observación (Hogar – Aula Escolar), Información (Padres, Profesores, Tutores), son los tres tipos de procedimientos para obtener información.

El tiempo de aplicación para el inventario completo es de 60 a 90 minutos y la prueba de screening alrededor de 10 a 30 minutos. (García Sánchez, García Mendieta, & Castellanos Brazalez, 2012)

2.14.3.1.2 Escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine Revisada (BL- R)

Lezine en 1943 realizó estudios a instrumentos de evaluación infantil americanos, en los cuales concluyó que éstos podían ser aplicados posteriores a su revisión y adaptación a cada población en particular.

La escala Brunet – Lezine surge como resultado de varias comparaciones entre instrumentos de evaluación, en los cuales sus autores observaban al niño/a en su ambiente familiar, lugar donde se desenvuelve espontáneamente y al cual está íntimamente ligado desde edades tempranas.

Denise Josse en el año de 1994, efectúa varias revisiones a esta escala, conservando su esquema inicial, el cual se enfoca en las siguientes áreas:

- Desarrollo Postural
- Coordinación óculo – manual
- Lenguaje comprensivo y expresivo
- Relaciones sociales y adaptación

Básicamente las modificaciones de la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lezine Revisada (BL- R) están relacionadas con la evaluación del desarrollo del lenguaje.

2.14.3.1.3 Currículo Carolina

Evaluación y ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales (N. M Jonson – Martín, K. G. Jens, S. M Attermeier y B.J. Hacker)

Instrumento de evaluación que se aplica a niños desde el nacimiento hasta los 24 meses, su aplicación es individual y el tiempo varía.

El Currículo Carolina está compuesto por 26 secuencias lógicas en cinco áreas primordiales:

- Cognición
- Comunicación
- Adaptación Social
- Motricidad Fina
- Motricidad Gruesa

A través del Currículo Carolina se puede realizar programas acorde a las necesidades o limitaciones específicas del niño/a (visuales, auditivas y motrices), integrando estas actividades y ejercicios a la vida diaria.

2.14.3.1.4 Brazelton Escala para la evaluación del comportamiento neonatal (Brazelton, T. B y Nugent, J.K)

Constituye el examen más completo para la evaluación del comportamiento neonatal, utilizado desde hace varios años hasta la actualidad en los ámbitos clínicos e investigativos, considerando también la influencia cultural. Esta escala se maneja para valorar efectos como:

- Deprivación intrauterina
- Usa de drogas
- Cesárea
- Malnutrición
- Parto Prematuro

2.14.3.1.5 Escala del desarrollo Kaufman (Edición Española)

Se aplica a niños de hasta nueve años y aquellos que presentan deficiencia mental de forma individual, no tiene un tiempo específico de aplicación. Está conformado por 270 de evaluación conductual característicos en los diversos niveles madurativos.

Los ítems de la escala de desarrollo están establecidos de acuerdo a las siguientes áreas:

- Aptitudes motoras gruesas
 - Habilidades motoras finas
 - Conducta receptiva
 - Expresión
 - Conducta personal
 - Conducta interpersonal
-

Estas modalidades divididas en seis etapas de desarrollo permiten visualizar el progreso evolutivo.

2.14.3.1.6 Test de Desarrollo Infantil Denver

Denver es un test evolutivo cumple una función de prevención ya que se evalúa para determinar posibles riesgos en el desarrollo motor del niño/a. El test fue creado por Williams Frankenburg, Josiah S, Doods y Alma Fordal, en el año de 1967. Denver, Estados Unidos.

El test Denver está dirigido desde los 14 a 60 meses, su administración es individualizada y conformada por 55 ítems en cuatro áreas específicas del desarrollo del niño/a.

Las áreas que evalúa son:

- Personal – Social
- Motricidad Fina Adaptativa
- Lenguaje
- Motricidad Gruesa

Entre los materiales de evaluación está el manual de ítems, perfil de ítems, línea de edad, distintivos, hoja de registro, registro de evaluaciones técnico – pedagógicas del nivel y materiales específicos.

Para su administración se aplica los ítems que se encuentran a la izquierda de la línea de edad y los que cruzan la franja negra del ítem, los del lado derecho no se consideran ya que corresponden a niños/as de más edad.

2.14.3.1.7 Escalas Bayley de Desarrollo Infantil

(Bayley Scales of Infant Development BSID)

Las escalas de desarrollo Bayley fueron creadas por la psicóloga Nancy Bayley, en Estados Unidos (1969). Son instrumentos reconocidos y aplicados internacionalmente. Están diseñadas para identificar las habilidades de los niños/as, el tiempo de aplicación individual aproximado es 45 minutos dependiendo de la edad del niño/a.

Es una escala completa que permite detectar retrasos en el desarrollo y con ello intervenir oportunamente en aquellas áreas que presenten mayor dificultad.

La escala de desarrollo infantil (Bayley, 2005), es un test completo conformado por multiescalas, utilizada con éxito en el contexto clínico y en el ámbito de la investigación clínica para aquellos niños/as con factores de riesgo, permitiendo determinar si un niño/a requerirá intervención temprana.

A través de la escala Bayley se identifica habilidades, competencias y capacidades en los niño/as. Consta de cinco pruebas:

- Área Cognitiva
- Área de Lenguaje : Comunicación Comprensiva y Expresiva
- Área Motriz : Gruesa y Fina
- Área Socioemocional
- Área de Conducta Adaptativa

La aplicación de la escala requiere de un ambiente tranquilo, con la presencia de los padres y de un profesional capacitado en desarrollo

normal y patológico. Dentro de las ventajas de la escala se encuentran las siguientes:

- Evalúa el grado de desarrollo en cada una de las áreas.
- Facilita el diagnóstico de retrasos y trastornos específicos.
- Proporciona información de aspectos emocionales y adaptativos. (Bayley, 2005)

CUADRO No. 9 Fases, objetivos, ejecutores e instrumentos de evaluación

FASE	OBJETIVO	EJECUTOR	INSTRUMENTOS
DETECCIÓN	Alertar a los padres, a los profesionales y al público en general acerca de los niños que pueden tener NE y necesitar su ayuda a la hora de captar candidatos para el screening.	Guarderías, preescolares, médicos y pediatras y otros profesionales de la salud. Trabajadores de servicios sociales, padres y personal voluntario.	Medios de difusión, folletos divulgativos, información al público en general y a los profesionales sobre la existencia de los programas y quien puede beneficiarse de ellos.
SCREENING	Identificar niños que no están en rangos normales del desarrollo y necesitan una evaluación y que pueden ser candidatos de Programas de Intervención Temprana.	Equipos interdisciplinarios, voluntarios entrenados, enfermeras, etcétera.	APGAR Denver Developmental Screening Test. Escala de evaluación neonatal. Escala de madurez social de Vineland. Screening Developmental Battelle. Haizea – Llevant.
DIAGNÓSTICO DEL NIÑO/A	Realizar una evaluación en profundidad para verificar si el problema existe, su naturaleza y en qué grado; prescribir el tratamiento o tipo de servicios de intervención necesarios.	Especialistas de diversas disciplinas: psicólogos, pediatras neurólogos, foniatras y otros especialistas médicos, pedagogos, maestros, logopedas, estimuladores, fisioterapeutas, etcétera.	Escalas de desarrollo (Brunet- Lezine, Bayley, Gesell, Battelle). Escalas ordinales (Casatti y Lezine, Uzgiris y Hunt). Test de inteligencia (McCarthy, WPPSI, Terman Merrill). Lenguaje (PPVT, ITPA).
EVALUACIÓN DE LA FAMILIA	Determinar cuáles son las necesidades, los puntos fuertes y puntos débiles de la familia para realizar un programa de	Psicólogo, asistente social, personal voluntario entrenado.	Evaluación de contextos (HOME, Bienestar infantil). Escalas de interacción. Estrés familiar. Apoyo social.

	intervención sobre la familia.		Recursos y necesidades familiares. Estilo familiar. Bienestar individual.
EVALUACIÓN EDUCATIVA	Identificar el nivel concreto de rendimiento del niño en cada una de las áreas evolutivas y así determinar el plan individual de intervención.	Maestros, estimuladores, padres y personal de atención directa.	Portage Guide to early Education. Portage Classroom Curriculum. Koontz PICET Battelle Carolina Developmental Profile EP I (Moya y Zulueta).
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN	Registrar permanentemente los logros del niño como efecto de las actividades desarrolladas a través del programa de intervención.	Padres, maestros, estimulador, profesionales, personal de atención directa	Sistema de registro del progreso del niño y de la familia a lo largo del plan de intervención.
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	Evaluar la calidad global del programa así como su impacto en los niños y sus familias.	Personal del programa, padres o equipos externos.	Diseños de investigación y todos los instrumentos utilizados en el programa, opiniones de los usuarios, etcétera

Fuente, J., Palmero, P., 1995:929). Adaptación de Peterson, N. L. (1987)

2.15 ESTADO DE LA CUESTIÓN: INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

En este capítulo se presentan aportaciones y resultados de algunos estudios que están relacionados con el tema de investigación, y que han contribuido en gran medida al análisis de los factores biológicos y ambientales que influyen en la aparición de alteraciones en el desarrollo de la población infantil durante la primera infancia, la misma que se encuentra en situación de riesgo por sus condiciones de vida desfavorables y se han tenido presentes para identificar las variables del estudio.

Con la información obtenida se pudo concluir que estas dificultades se presentan en diversos escenarios de varios países y no exclusivamente en América Latina.

Las investigaciones revisadas se dirigen a detectar factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil en la infancia, identificando las variables que predicen estos riesgos, utilizando instrumentos de evaluación del desarrollo global de los menores.

Al conocer los factores de riesgo es posible intervenir tempranamente en los trastornos del desarrollo y favorecer la expresión de todo su potencial, considerando elementos importantes relacionados con el ambiente familiar, entorno comunitario y programas de salud y educación.

Al analizar los estudios realizados, se puede afirmar que para entender el desarrollo global del menor es indispensable conocer el contexto en el cual se desenvuelve, en razón que el proceso de

desarrollo biológico está intervenido en gran medida por el medio familiar, cultural y social. La población de bajo nivel socioeconómico por sus características de vulnerabilidad requiere de acciones concretas en salud, alimentación y educación que beneficien el desarrollo infantil, sobre todo de quienes presentan mayor riesgo.

El aporte de estos estudios a nuestra investigación, es el confirmar la importancia de un diagnóstico e intervención oportuna y adecuada cuando hay sospecha de la presencia de alteraciones en el desarrollo de la población infantil durante la primera infancia, considerando las características particulares del escenario en el que se presenta.

En las investigaciones se considera el nivel de escolaridad de los padres, observando que éste constituía un factor influyente en el desarrollo del menor, a esto se suman otros factores de riesgo como el estado nutricional inadecuado, el riesgo psicosocial en el contexto familiar, los cuáles aumentan la posibilidad de presencia de alteraciones en el desarrollo. El análisis de los factores de riesgo así como también los aspectos psicosociales del contexto familiar debe incorporarse como elementos claves en el proceso de intervención preventiva en el menor, el contexto y la sociedad.

De la misma manera que estas investigaciones buscan mostrar los factores de riesgo psicosociales y nutricionales que tiene efectos negativos en el proceso de crecimiento y desarrollo de los menores, para establecer medidas que neutralicen estos factores y que permitan alcanzar su desarrollo integral, nuestro estudio tiene como finalidad detectar a tiempo los factores de riesgo biológicos y ambientales que afectan la promoción del desarrollo infantil en la primera infancia, a

través de la observación y evaluación directa del niño y su familia quienes viven en condiciones socioeconómicas adversas, partiendo del conocimiento del perfil de desarrollo del menor y la dinámica familiar para posteriormente planificar acciones de prevención de problemas de desarrollo, así como la implementación de programas de intervención en el menor, la familia y su contexto.

Variables de pobreza, educación y nivel socioeconómico bajo disminuye las potencialidades de desarrollo del menor y aumenta la vulnerabilidad biológica.

Es fundamental realizar estudios que permitan determinar el perfil de desarrollo de la población infantil durante la primera infancia, pertenecientes a sociedades multiculturales, para encontrar puntos de referencia para los estándares de desarrollo y establecer su nivel de desempeño en relación con otros niños de su misma edad, asumiendo que este desempeño se ve intervenido por varios factores biológicos y ambientales que alteraran el proceso de crecimiento y desarrollo.

El potencial de desarrollo del ser humano está determinado por los factores genéticos pero son los factores ambientales quienes marcan el perfil de desarrollo alcanzado, de ahí la importancia de ofrecer experiencias positivas durante la primera infancia que contribuyan al desarrollo cerebral.

Nuestro trabajo al igual que las investigaciones analizadas, se basa en detectar la presencia de factores de riesgo biológico como ambiental que afectan el desarrollo infantil en edades tempranas, así como también la influencia de otros aspectos como son las diferencias

culturales y las pautas de crianza en una comunidad en particular, en nuestro caso la población indígena de cero a tres años de la comunidad de Salasaca.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

-
-
-

CAPÍTULO 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

“Mientras los hombres sean libres para preguntar lo que deben, para decir lo que piensan y para pensar lo que quieran; la libertad nunca se perderá y la ciencia nunca retrocederá”. (Oppenheimer, 1952)

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 General

- Conocer y detectar, situaciones de riesgo biológico y ambiental de menores indígenas en la primera infancia de la Comunidad de Salasaca así como posibles alteraciones en su desarrollo.

3.1.2 Específicos

- Identificar el perfil de desarrollo en menores en la primera infancia de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca.
- Detectar y diagnosticar posibles alteraciones en el desarrollo de menores de tres años que indiquen alto riesgo biológico, social y/o ambiental de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca.

- Diseñar la intervención temprana para menores indígenas en la primera infancia de alto riesgo biológico, social y/o ambiental de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca.
- Conocer la percepción de los profesionales que atienden a la primera infancia en las comunidades indígenas sobre los factores que identifican el riesgo socio-ambiental.

3.2 HIPÓTESIS

- Los menores indígenas menores de tres años pertenecientes a la Comunidad de Salasaca presentan mayor riesgo de padecer alteraciones en su desarrollo como consecuencia de la privación de estímulos biológicos y ambientales.
- El nivel de cualificación de los profesionales que atienden a la infancia en las comunidades indígenas influye en la identificación del riesgo socio-ambiental.

3.3 METODOLOGÍA

3.3.1 Enfoque y Diseño Investigativo

3.3.1.1 *Enfoque*

Esta investigación se desarrolla bajo el enfoque de investigación mixta, puesto que nos permite tener una visión más profunda sobre cómo la privación de estímulos biológicos y ambientales afectan el desarrollo normal durante la primera infancia en esta población indígena, considerando a la familia, a la comunidad y a los centros infantiles del buen vivir como actores fundamentales en el desarrollo integral de los menores.

Sampieri. (2010) menciona que éste diseño de investigación mixto recoge simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos, predominando un método. El método de menor prioridad es insertado dentro del que se considera central. Los datos recolectados por ambos métodos son comparados en la fase de análisis, los datos obtenidos deben ser transformados de manera que puedan integrarse para su análisis conjunto.

Los métodos de investigación mixta constituyen la integración sistemática del método cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Estos pueden ser combinados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”).

Tiene una modalidad de campo por cuanto se investiga en la misma comunidad tratando de describir, comprender e interpretar las necesidades de intervención temprana luego de la detección oportuna de desvíos o retrasos en el desarrollo del niño y niña.

Esta investigación exige una revisión bibliográfica y documental profunda que permita fundamentar científicamente la relación entre el desarrollo evolutivo normal durante la primera infancia y la influencia que ejerce la privación de estímulos en la aparición de trastornos en su desarrollo, además está vinculada con el contexto histórico social y cultural en el cual se desenvuelve.

3.3.1.2 Diseño

Es un estudio descriptivo porque se centró en recolectar datos para describir la situación tal como se presenta y en su propio contexto, buscando describir el perfil de desarrollo de menores de tres años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad de Salasaca, los mismos que viven en situación de desventaja social, económica, educativa y sanitaria y cómo estos factores intervienen en su proceso de crecimiento y desarrollo. Fue precisa la aplicación de instrumentos de recogida de datos para someterlos a su respectivo análisis e inferir conclusiones.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas grupos, comunidades,

procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. (Sampieri, 2010, pág. 85)

Tiene un diseño de investigación explicativa, intenta establecer las causas del estudio para poder determinar conclusiones. La investigación de tipo explicativa expone el cómo y el porqué de las cosas, es decir en nuestro estudio da a conocer cuáles son los factores de riesgo biológico y ambiental que influyen en la presencia de trastornos en el desarrollo de menores durante la primera infancia pertenecientes a la Comunidad Indígena de Salasaca y a la vez manifiesta la necesidad de implementar programas de intervención temprana dirigidos a este sector de la población que guarden concordancia con las pautas de crianza de la comunidad respetando sus costumbres y tradiciones..

3.4 Fundamentación Filosófica

Esta investigación se basa en el paradigma naturalista porque analiza los fenómenos considerando las características y el contexto particular en el que se desenvuelve, centrándose en las premisas ontológicas en cuanto al estudio de las diferencias y peculiaridades determinadas por el contexto ; en las premisas heurísticas porque todo fenómeno tiene múltiples factores asociados y no una o pocas causas, igualmente interesa más enfocar los procesos y sus particularidades; en las premisas axiológicas cuando el estudio está determinado por valores tanto del investigador como del contexto, paradigma, de la teoría en la que se fundamenta y la coherencia entre ellos.

Tejedor (1986, p.82) considera que en el paradigma naturalista, el mundo es entendido como cambiante y dinámico. No se concibe el mundo como una fuerza externa objetivamente identificable o independiente del ser humano. Los sujetos humanos son conceptualizados como agentes activos en la construcción de la realidad. La investigación procura aprehender los patrones de interacción que permitan interpretar los procesos. Asimismo, se trata de comprender situaciones desde la perspectiva de los participantes dentro de la situación (González, 1997, p.20).

3.5 Modalidad de la Investigación

El presente trabajo de investigación tiene una modalidad de investigación básica puesto que busca determinar cuáles son los factores que inciden en la aparición de alteraciones en el desarrollo de menores indígenas durante la primera infancia a través de la recolección de datos con la aplicación de encuestas validadas e instrumentos de evaluación infantil estandarizados y admitidos internacionalmente, asimismo tiene como finalidad incrementar nuevos conocimientos científicos como punto de sustento para el diseño de programas de intervención temprana socioeducativos para poblaciones de alto riesgo biológico y ambiental. Por el alcance temporal es sincrónica en virtud que la investigación se realizó en un período determinado.

A la vez es una investigación de campo porque se realizó en la Comunidad Indígena de Salasaca – Provincia de Tungurahua, lugar

donde se encuentran ubicados los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs, a los cuales asisten menores de tres años población objeto de nuestro estudio, con lo que se obtiene información relevante para nuestra investigación.

3.6 Delimitación Temporal

El estudio se realizó durante los años 2013 – 2014, el tipo de investigación utilizada fue de nivel exploratorio y descriptivo a través de la aplicación de encuestas estructuradas destinadas a Técnicas de Desarrollo Infantil, y Asistentes de Cuidado Diario de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad Indígena de Salasaca, así como también a madres de menores que asisten a los CIBVs.

Para la obtención de datos cuantitativos acerca del desarrollo mental, psicomotor y social del niños/as en la primera infancia, se recurrió a la aplicación del instrumento de evaluación infantil: Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID).

3.7 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1 Población

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selltiz et al., 1980). Deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo (Hernández et al., 2006. pp. 238-239).

Para Latorre, Arnal y De Rincón, (1996:78) la población es el “conjunto de todos los individuos en los que se desea estudiar el fenómeno, éstos deben reunir las características de lo que es objeto de estudio” (López de Bernal & Arango de Narvaez, 2002).

La población de esta investigación está comprendida por: los menores de la primera infancia que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad de Salasaca que viven en situación de riesgo o vulnerabilidad por las condiciones desfavorables socioeconómicas, culturales y ubicación geográfica; las técnicas de desarrollo infantil y asistentes de cuidado diario que laboran en estas modalidades de atención establecidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES que se encargan del cuidado y atención en educación y alimentación; y, por las madres de familia.

3.7.2 Muestra

En la muestra probabilística todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra (Hernández et al., 2006. pp. 240-241).

Como el universo de la muestra es finito la investigación es de tipo probabilística y se aplicará a toda la población.

Cuadro No. 10 UNIVERSO

TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MÍNIMO DE MUESTRA
Descriptivo	30 casos por grupo de edad

3. Diseño de la Investigación

ITEMS	DESCRIPCIÓN
Universo de la población	90 niños/as de 0 a 3 años
Muestra probabilística (selección informal)	Subgrupo de 0 a 12 meses: 23 niños/as Subgrupo de 13 a 24 meses: 32 niños/as Subgrupo de 25 a 36 meses: 35 niños/as Técnicas de desarrollo infantil: 5 Asistentes de Cuidado Diario: 15 Madres comunitarias: 90
Fuentes de información	Comunidad de Salasaca Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES Junta parroquial de Salasaca Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV Bibliografía
Instrumentos para la obtención de la información	Escala de Desarrollo Infantil Bayley III Cuestionarios

Fuente: Elaborado por la autora. (2014)

CUADRO No. 11 POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIDADES DE ANÁLISIS	POBLACIÓN
Menores (0 a 12 meses)	23
Menores (13 a 24 meses)	32
Menores (25 a 36 meses)	35

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

Técnicas de desarrollo infantil.	5
Asistentes de cuidado diario	15
Madres de familia	90
TOTAL:	200

Fuente: Elaborado por la autora. (2014)

3.7.2.1 Criterios de Inclusión: Los cinco Centros de Desarrollo Infantil CIBV que atienden a menores de cero a tres años, de la Parroquia de Salasaca, Cantón Pelileo – Provincia de Tungurahua.

3.7.2.2 Criterios de Exclusión: Los Centros Infantiles de Buen Vivir CIBV ubicados fuera del Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua.

Para el procesamiento y análisis de la información recopilada se utilizará como método teórico: el análisis y la síntesis ya que se intentará partir del análisis de las condiciones de desarrollo del niño/a como factores de riesgo para la presencia de desvíos o retrasos en su proceso madurativo.

3.8 VARIABLES

Las variables que fueron investigadas:

3.8.1 Variable Independiente:

- Deprivación de Estímulos Biológicos y Ambientales

Riesgo Biológico:

- Factores genético
- Factor Prenatal
- Factor Posnatal
- Factor Postnatal

Riesgo Ambiental:

- Estimulación
- Afectividad
- Normas de Crianza
- Factores Culturales y Socioeconómicos
- Contexto Familiar

3.8.2 Variable Dependiente:

- Desarrollo Madurativo:
 - Desarrollo Motor
 - Desarrollo del Lenguaje
 - Desarrollo Cognitivo
 - Desarrollo Socio - emocional

3.9 Operacionalización de Variables:

3.9.1 Variable Independiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La privación de estímulos biológicos y ambientales se considera como la carencia o ausencia de estímulos necesarios para el desarrollo humano y que comprometen su evolución biológica, psicológica y social; este proceso ocurre generalmente en comunidades, familias y personas en situación de pobreza, que han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo o que viven en situaciones sociales poco favorecedoras; y, mayormente en grupos étnicos minoritarios que se encuentran en desventaja con relación a otros grupos	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo Biológico Riesgo Ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> Factor genético Factor prenatal Factor natal Factor Postnatal Estimulación Afectividad Normas de Crianza Factores culturales y socioeconómicos Contexto Familiar 	<p>¿Durante el embarazo tuvo una alimentación adecuada?</p> <p>¿Recibió controles natales permanentes durante el periodo de embarazo?</p> <p>¿Su parto fue asistido por personal médico?</p> <p>¿En los primeros meses de vida del niño/a ha observado alguna anomalía, desviación o retraso en su desarrollo?</p>	<p>Test</p> <p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p>

Elaborado por: Mantilla, Paola; 2014

3.9.2 Variable Dependiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>El desarrollo madurativo es un proceso complejo que abarca el crecimiento y maduración de las funciones más importantes y determinantes para la vida del menor.</p> <p>Este proceso depende esencialmente de la interacción de los factores genéticos y ambientales para establecer los cimientos de un adecuado desarrollo intelectual, social y emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo Motor Desarrollo de Lenguaje Desarrollo Cognitivo Desarrollo Sociemocional 	<ul style="list-style-type: none"> Motor Grueso Motor Fino Lenguaje Expresivo Lenguaje Comprensivo Memoria Atención Concentración Razonamiento Social Emocional Comportamiento adaptativo 	<p>Subtest Motor</p> <p>Subtest Lenguaje</p> <p>Subtest Cognitivo</p> <p>Subtest Socioemocional Conducta Adaptativa</p>	Test Bayley

Elaborado por: Mantilla, Paola; 2014

3.10. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

En esta investigación se han utilizado varias técnicas e instrumentos para la recogida de datos, como lo manifiesta Hernández Sampieri (2006) se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos y, así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento (Hernández et al, 2006, p.583).

3.10.1 Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de información cualitativa se diseñó una encuesta como un instrumento que se aplicó a las Técnicas de Desarrollo Infantil, Asistentes de Cuidado diario de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Comunidad de Salasaca; así como también a madres de menores que asisten a estos Centros Infantiles, para determinar el nivel de conocimiento que tienen acerca de la privación de estímulos y su incidencia en el desarrollo infantil.

CUADRO No. 12 Técnica e instrumentos

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Tests	Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID)
Encuesta	Cuestionarios (madres de familia, técnicas de desarrollo infantil y asistentes de cuidado diario, que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV Salasaca).

Fuente: Elaborado por la autora (2014)

3.10.2 Cuestionario

Para la recogida de datos cualitativos ha sido utilizado el cuestionario que contiene preguntas sistematizadas y seleccionadas de acuerdo a la naturaleza de nuestro estudio y sin modificar el contexto en el cual se levanta la información, las mismas fueron aplicadas al personal que labora en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's) de la Comunidad de Salasaca y a madres de familia de los menores que asisten a estas modalidades de atención infantil.

Los cuestionarios son los instrumentos de recogida de datos más utilizados en investigación sobre todo en la cualitativa, pueden ser aplicados a un número mayor de participantes y se define al cuestionario como un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. (Sampieri, 2006 p: 310)

El cuestionario debe estar estructurado adecuadamente y con los objetivos de estudio bien definidos, para evitar que los datos recogidos sean imprecisos, parciales y no confiables.

Arnau (1995) plantea cuatro etapas en el proceso de investigación por encuesta, en la primera se plantean los objetivos y se prepara el instrumento de recogida de la información, en la segunda la planificación del muestreo y la recogida de datos y en la tercera el análisis e interpretación de la misma. (Aparicio et. al., 3).

Los estudios de encuesta son muy utilizados en el ámbito educativo por su aparente facilidad para la obtención de datos y son útiles para la descripción y predicción de un fenómeno (Bizquerra, 2004:233 citado por Aparicio, et. al., 4) este tipo de estudios permiten recoger

información de individuos de diferentes formas y pretenden hacer estimaciones de las conclusiones a la población de referencia.

Un cuestionario nos puede ayudar a obtener información necesaria, si nuestra investigación tiene como objetivo conocer la magnitud de un fenómeno social, su relación con otro fenómeno o cómo o por qué ocurre, especialmente en el caso de que sea necesario conocer la opinión de una gran cantidad de personas. (Martínez, 2002, citado en Fernández, 2007).

Con estas consideraciones el objetivo del cuestionario es traducir las variables de la investigación en preguntas concretas que nos proporcione información viable o susceptible de ser cuantificada (Aparicio et. al., 4).

3.10.2.1 Diseño del cuestionario

El instrumento básico utilizado en la investigación por encuestas es el cuestionario, que es un documento que recoge en forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta (Casas, et. al.203:528 citado por Aparicio, et. al., 4).

En el diseño del cuestionario se debe considerar las características de la población partícipe, en lo que respecta a su nivel socioeconómico y cultural, edad, etc. Estos aspectos son importante para formular las preguntas, su número, tipo de lenguaje a emplear y formato de respuestas. La secuencia de las preguntas en el cuestionario está a criterio del investigador, procurando que tengan un orden lógico y agrupado por áreas afines. Además debe evitar que se pueda sesgar o falsear las respuestas.

La información que se obtiene con los cuestionarios, se procesa con el fin de llegar a conclusiones adecuadas a los objetivos del estudio.

3.10.2.2 *Elaboración del cuestionario*

En la elaboración de los cuestionarios dirigidos a las Técnicas de Desarrollo Infantil, Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) y madres de Familia, se recurrió a preguntas cerradas que sean concretas y accesibles al encuestado, diseñadas en base a la observación previa del contexto de la investigación, con preguntas sencillas y claras que nos permita obtener la información buscada con respecto a determinar el conocimiento que tienen las Técnicas de Desarrollo Infantil, Asistentes de cuidado diario que laboran en los Centros infantiles del Buen Vivir CIBVs- MIES y madres de familia de la comunidad de Salasaca, sobre los factores que inciden en el desarrollo infantil durante la primera infancia.

Pasos:

1. Se partió de la revisión de la literatura científica sobre los parámetros de desarrollo normal del niño y niña durante la primera infancia.
2. Luego de la revisión de la literatura se elaboró las preguntas del cuestionario que permitan determinar los factores que inciden en el desarrollo infantil así como; en la aparición de alteraciones durante su crecimiento y desarrollo, quienes por sus condiciones de vulnerabilidad, problemas de desarrollo psicosocial e inseguridad alimentaria, presentan mayor riesgo de padecerlas.

3. Se procedió a realizar cambios en el instrumento, con el propósito de conocer la influencia directa que ejercen los factores genéticos y ambientales en el establecimiento del potencial de desarrollo del niño y niña durante la primera infancia, considerando que el factor ambiental es crucial en este proceso.
4. Las preguntas del cuestionario se dirigían también a conocer las posibilidades que tienen los menores en el acceso a servicios básicos de salud, alimentación, educación y servicios sociales.
5. En la elaboración del cuestionario se utilizó un lenguaje claro, sencillo y comprensible tomando en consideración el nivel educativo, socioeconómico y cultural del encuestado.

3.10.3 Validación del Cuestionario

La validación del cuestionario se da mediante las siguientes estrategias: validación de caso único, validación de expertos y aplicación piloto, los cuales nos permiten comprobar la calidad del instrumento y a su vez modificarlo.

En la validación de caso único, para la aplicación del cuestionario se solicita a una persona que tenga similares características de los destinatarios del cuestionario lo complete, el objetivo de esta aplicación es conocer el criterio que tienen con respecto a su contenido, nivel de dificultad para contestarlo, extensión y comprensión.

La aplicación piloto consiste en la aplicación del cuestionario a una muestra piloto, la finalidad es el análisis de las respuestas para la realización de cambios de mejora en el instrumento.

En nuestro caso en particular se utilizó la validación de expertos, que consistió en la revisión crítica del instrumento, por parte de expertos en el tema objeto de investigación y en la estructura de cuestionarios. Se solicitó la exploración de los cuestionarios a doce docentes de la Carrera de Estimulación Temprana de la Facultad de Ciencias de la Salud especialistas en Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana.

Los criterios de las expertas consistieron en:

- Modificar los objetivos de los cuestionarios,
- Ajustar las preguntas a los objetivos de la investigación,
- Organizar y estructurar el instrumento de manera coherente, ordenada y armónica,
- Utilizar terminología en las preguntas del cuestionario de acuerdo al nivel educativo de los encuestados,
- Evitar la reiteración de preguntas

Las encuestas luego de ser validadas por doce docentes de la Carrera de Estimulación Temprana de la Facultad de Ciencias de la salud – Universidad Técnica de Ambato, expertos en el área de Atención Temprana y Desarrollo Infantil, quienes se encargaron de su revisión y corrección, se procedió a su modificación y estructuración en base a los criterios de éstos profesionales. Su versión final fue aplicada en primer lugar a las Técnicas de Desarrollo Infantil, profesionales en

Educación de niños/as, levantando la información en los Centros Infantiles del Buen Vivir: Abejitas, Semillitas, Inti Ñac, Sumac Yuyac y Sumacñan, a su vez se aplicó el instrumento a las Asistentes de Cuidado Diario quienes tienen un nivel de formación académico básico y a madres de familia de la Comunidad.

Finalmente nuestro estudio se centró en la evaluación de los menores de tres años a través de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID), por ser un test estandarizado internacionalmente para investigaciones científicas del desarrollo infantil.

La información fue obtenida en la Comunidad de Salasaca- Provincia de Tungurahua, lugar donde se encuentran ubicados los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV).

3.10.3.1 Fiabilidad del Cuestionario

El cuestionario o encuesta es un método de investigación basado en una serie de preguntas dirigidas a sujetos que pueden constituir una muestra representativa de una población con el fin de describir y/o relacionar características personales y ciertos ámbitos de información necesarios para responder al problema de investigación (Latorre, Arnal, del Rincón, 1996:182).

Esta encuesta correspondía ser respondida por Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado diario que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Comunidad de Salasaca, así como también a madres de menores menores de tres años que asisten a estos Centros infantiles.

Para que el instrumento sea fiable para nuestra investigación, debía estar dotado de validez teórica: por medio de la revisión bibliográfica que aporta concordancia al cuestionario y relación con los objetivos e hipótesis planteada en nuestro estudio, juicio de expertos: se validó el cuestionario a través del criterio de doce expertos docentes de la Carrera de Estimulación Temprana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, el mismo que fue reformado de acuerdo a sus sugerencias, los ítems deben estar ajustados a las variables de estudio (Pérez Juste, 1990) y validez empírica cuando posibilita la comparación de resultados entre si y permita la generalización de las conclusiones de este estudio con otras situaciones similares. (Martínez, González 2007:51)

De acuerdo a Esnaola (2005, pp.171) una medida es válida cuando mide lo que pretende y es fiable cuando lo mide bien y con precisión. La fiabilidad hace referencia al grado de exactitud en la medida.

Oviedo & Campo Arias. (2005) manifiestan que un valor del alpha de Cronbach, entre 0,70 y 0.90, indica una buena consistencia interna para una escala unidimensional.

El alpha de Cronbach está considerado como una forma sencilla y confiable para la validación del constructo de una escala, además es una medida que permite cuantificar la correlación que existe entre los ítems que constituyen la escala.

La fiabilidad de la escala se efectuó con el alpha de Cronbach, que es un estadístico considerablemente utilizado en este tipo de análisis. Este coeficiente explica la correlación que existe entre una escala y

cualquier otra que tenga el mismo número de ítems y que pueda ser construida a partir del universo hipotético de variables que puedan medir lo mismo.

Según George y Mallery. (1995), indican que si el alpha es mayor que 0.9, el instrumento de medición es excelente, si es mayor que 0.8, el instrumento es bueno, si es mayor que 0.7, el instrumento es aceptable, si es mayor que 0.6, el instrumento es cuestionable, si es mayor que 0.5, el instrumento es débil y si es menor que 0.5 es inaceptable.

Para la aplicación segura del alpha de Cronbach, corresponde reflexionar la perspectiva de que el coeficiente debe considerarse desde la problemática del análisis de confiabilidad.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados de los estadísticos de fiabilidad del alpha de Cronbach de las encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario:

CUADRO No. 13 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,973	28

CUADRO No. 14 Fiabilidad de la escala

No ITEMS	ALFA DE CRONBACH	VALORACIÓN DEL NIVEL DE FIABILIDAD
28	0,973	Excelente

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los resultados se observa que con el cálculo ordinario del alfa estandarizado, muestra un valor de 0,973 que indica una excelente consistencia interna, un nivel óptimo de fiabilidad y validez para la escala aplicada a Técnicas de Desarrollo infantil y Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros infantiles del Buen Vivir de la Comunidad de Salasaca.

Para el caso de las encuestas aplicadas a madres de menores que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir de Salasaca (CIBV's), los resultados de los estadísticos de fiabilidad del Alpha de Cronbach obtenidos fueron:

CUADRO No. 15 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,978	47

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

CUADRO No. 16 Fiabilidad de la escala

No ITEMS	ALFA DE CRONBACH	VALORACIÓN DEL NIVEL DE FIABILIDAD
47	0,978	Excelente

Fuente: Elaboración propia

El valor que se obtuvo para la encuesta a madres de la comunidad de Salasaca, fue de 0,978 y se considera que el instrumento de medición es excelente.

Los resultados confirman a la vez que gracias a la validación de expertos y la validación estadística, el cuestionario para Técnicas de Desarrollo Infantil, Asistentes de Cuidado diario y madres nos permite determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre la privación de estímulos que inciden en el desarrollo infantil.

3.10.3.2 Fases del Estudio de Campo

Para la realización de este trabajo de investigación se procedió en primer lugar a solicitar la autorización respectiva al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Institución responsable y veedora de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's) de la Provincia de Tungurahua.

Con la autorización oficial del MIES, se comunicó e informo del estudio al Presidente de la Junta Parroquial de Salasaca en lo que respecta a los objetivos, metodología de estudio, cronograma de actividades, visitas a cada CIBV, aplicación de encuestas y Escala de Desarrollo Infantil, quien a su vez ofició a cada Centro de Desarrollo

Infantil para que se nos permita el ingreso y la realización de la investigación.

Una vez coordinado la realización del presente estudio con la Junta Parroquial de Salasaca, se identificó a cada centro infantil en la Comunidad de Salasaca ubicando los siguientes: Abejitas, Semillitas, Inti Ñac, Sumac Yuyac y Sumacñan.

Se realizó el proceso de socialización en los centros mencionados anteriormente sobre el procedimiento que se ejecutará para la aplicación de encuestas a las Técnicas de Desarrollo Infantil, Asistentes de Cuidado Diario y madres de familia. Igualmente se dio la explicación general sobre la evaluación infantil a través de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID) a menores de tres años de cada uno de los CIBV’s Abejitas, Semillitas, Inti Ñac, Sumac Yuyac y Sumacñan.

Se levantó la información a través de la aplicación de la encuesta en primer lugar a las Técnicas de Desarrollo Infantil y posteriormente se realizó la misma actividad a las Asistentes de Cuidado Diario. Finalmente se aplicó el cuestionario a las madres de familia de los menores que asisten a estas modalidades de atención infantil, esta fase tuvo complicación puesto que contactar a las madres resulta difícil, ya que son los hermanos mayores de los niños/as quienes se encargan de llevarlos a los CIBV’s, por lo cual se tomó la decisión de realizar visitas domiciliarias para la aplicación de la encuesta, implicando mayor cantidad tiempo. El instrumento estaba encaminado a determinar el conocimiento que tienen las técnicas, asistentes y madres de familia

sobre los factores que inciden en el desarrollo infantil durante la primera infancia.

Concluida la primera fase de aplicación de las encuestas, se coordinó con las Técnicas de Desarrollo Infantil responsables de cada CIBV la evaluación de los menores por cada grupo de edad: 0 a 12 meses, 13 a 24 meses y de 25 a 36 meses. Se nos proporcionó información básica de cada niño/a, cabe recalcar que no cuentan con un instrumento apropiado que les permita recoger datos personales, hereditarios, familiares y del entorno, tampoco cuentan con evaluaciones del desarrollo para obtener datos acerca de la adquisición de pautas madurativas acorde a su edad y/o reconocer desviaciones en los patrones de desarrollo infantil, con la evaluación se lograría detectar posibles alteraciones y proceder de manera oportuna a la derivación con los especialistas.

La segunda fase del trabajo de investigación consistió en la evaluación de los menores de cero a tres años de los Centros Infantiles del Buen Vivir: Abejitas, Semillitas, Inti Ñac, Sumac Yuyac y Sumacñan. Previa a la evaluación con antelación se comenzó con el establecimiento de un buen rapport con la finalidad de establecer una buena relación, empatía y ganarse la confianza de cada niño/a, para lo cual se utilizó actividades lúdicas.

Se valoró por medio de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID) para establecer el nivel de desarrollo de niños y niñas en la primera infancia y determinar el alcance de cualquier desviación que conlleve a alteraciones en su desarrollo.

Para su aplicación se seleccionó un espacio agradable y sin ruido, se promovió un clima de confianza con la presencia de la asistente de cuidado diario. El procedimiento de administración se realizó respetando las instrucciones dadas en el manual de aplicación de la escala. Se presentaron algunas dificultades durante la evaluación relacionadas con las características propias e individuales del desarrollo infantil (edad, estado de vigilia, atención, alerta y estado de ánimo), prolongando el tiempo de aplicación que varió de 35 a 60 minutos. Una vez finalizada la evaluación a todos los menores de cada CIBV de Salasaca conforme al cronograma señalado, se procedió a su análisis e interpretación de acuerdo a la puntuación obtenida en cada Subescala del Test, utilizando el programa estadístico SPSS.

3.10.3.3 Recogida de información – Aplicación de Cuestionarios

Los cuestionarios elaborados para la recogida de la información fueron aplicados durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre del año 2013, en la Comunidad indígena de Salasaca - Provincia de Tungurahua, a las Técnicas de desarrollo infantil, Asistentes de cuidado diario de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs y madres de familia de los menores que asisten a los CIBVs.

Cabe mencionar que se elaboraron dos tipos de cuestionarios, uno dirigido las Técnicas de desarrollo infantil y Asistentes de cuidado diario de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs y otro a las madres de familia, los dos fueron aplicados de forma escrita. Cada cuestionario contiene preguntas que buscan conocer sobre los factores que inciden en el desarrollo infantil durante la primera infancia así como también

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

las pautas de crianza características de la Comunidad de Salasaca, con los datos obtenidos nos permitirá determinar cómo los factores biológicos y ambientales inciden en la aparición de alteraciones en el desarrollo de los menores indígenas menores de tres años, considerados una población de alto riesgo.

CUADRO No. 17 Encuestas aplicadas en Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs

CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV)	ENCUESTADOS
SUMAC YUYAY	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnica de Desarrollo Infantil • 3 Asistentes de Cuidado Diario • 30 Madres de Familia.
SUMACÑAN	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnica de Desarrollo Infantil • 3 Asistentes de Cuidado Diario • 30 Madres de Familia.
INTI NAC	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnica de Desarrollo Infantil • 3 Asistentes de Cuidado Diario • 30 Madres de Familia.
SEMILLITAS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnica de Desarrollo Infantil • 3 Asistentes de Cuidado Diario • 30 Madres de Familia.
LAS ABEJITAS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Técnica de Desarrollo Infantil • 3 Asistentes de Cuidado Diario • 30 Madres de Familia.

Fuente: Elaborado por la autora. (2014)

Los cuestionarios fueron aplicados en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs de Salasaca, previa autorización del Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES – Tungurahua, a las Técnicas de desarrollo infantil profesionales en el área de Educación Infantil, a las Asistentes de cuidado diario que son madres comunitarias, quienes en el mejor de los casos tienen un nivel de escolaridad básico. La aplicación del instrumento de investigación se dio con mayor grado de dificultad a las madres, puesto que generalmente no son ellas quienes con frecuencia llevan a sus hijos/as a los centros infantiles por sus ocupaciones domésticas, agrícolas, cuidado de animales, entre otras; delegando esa responsabilidad a los hermanos mayores, por lo que demandó más tiempo para situar y contactar a las madres.

3.10.3.4 Técnica de Recogida de Datos Cuantitativos

En el estudio se ha utilizado la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID), por ser un test estandarizado internacionalmente para investigaciones científicas del desarrollo infantil. Esta escala fue creada por Nancy Bayley en el año de 1933, revisada en 1969 y en 1993, esta es la última versión.

Constituye una multiescala que consta de cinco pruebas útiles para valorar el estado de desarrollo e identificar déficits en niños y niñas de 0 a 42 meses, a través de las áreas o dimensiones que evalúa, se utiliza para identificar las habilidades, competencias y capacidades del niño/a. Las dimensiones y áreas que valora son cognitiva, lenguaje (comunicación expresiva y comunicación receptiva), motriz fina y gruesa, socioemocional y conducta adaptativa.

- La escala mental mide la capacidad de percepción, memoria, aprendizaje y vocalización.
- La escala motora valora las actividades motoras gruesas y finas, así como la coordinación sensorio - motora.
- El registro del comportamiento aporta datos sobre las emociones, intereses y actitudes del niño y niña, también proporciona información sobre las conductas sociales en relación a la interacción con la madre o extraños.

El instrumento es muy válido y confiable para diagnosticar la normalidad, el retraso mental y trastornos específicos, además evalúa el grado de desarrollo en diferentes áreas. (Referencia Bibliográfica del instrumento Bayley, N. (2005). Bayley. Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition. (Bayley III).

La finalidad de su aplicación es detectar comportamientos atípicos durante la primera infancia en niños y niñas indígenas que pertenecen a la Comunidad de Salasaca, de quienes se sospecha un riesgo de desarrollo anormal y de esta manera planificar programas de intervención preventiva, pedagógica y terapéutica que incluyan a todos los actores que influyen en el desarrollo integral del niño y niña de manera inmediata y a la vez que favorezcan a la prevención primaria en Salud.

El cerebro postnatal es “moldeado” por la experiencia; especialmente durante los primeros meses de vida, cuando la corteza está aún creciendo y organizándose rápidamente. (Black, 1998. Citado en Rodríguez, et. al .)

Para la recogida de datos cuantitativos se utilizó la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID) fue administrada a menores de tres años que asisten a los CIBV's de la Comunidad de Salasaca para evaluar el grado de desarrollo en diferentes áreas, así como también para diagnosticar la normalidad, el retraso mental y trastornos específicos.

La Escala de Desarrollo Infantil Bayley fue aplicada a los menores por cada grupo de edad, en forma individual en los espacios destinados para nuestra evaluación en los Centros Infantiles del Buen Vivir por parte de las Técnicas de Desarrollo Infantil.

Se administró cada subtests, el tiempo de aplicación dependió de la edad, disposición y habilidad del niño/a, con los resultados de la evaluación se obtuvo el perfil completo del desarrollo en las áreas motoras, lenguaje, cognitivo y socio - emocional de los niños/as, a la vez se determinó posibles atrasos o alteraciones.

La evaluación de los niños y niñas a través de la escala BSID III, se la realizó en los Centros Infantiles de Buen Vivir CIBV, en un clima de confianza que promueva la valoración como una actividad natural y espontánea que brinde bienestar al niño/a y que nos permita valorar su desarrollo global de forma objetiva.

El objetivo de incluir en este estudio a la Escala de Bayley era el indagar y detectar retrasos en el desarrollo de niños y niñas durante la primera infancia, población infantil perteneciente a una comunidad con características diferentes en lo referente a sus limitaciones en el acceso

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

a programas de salud, alimentación, educación, servicios básicos, bajo nivel educativo y socioeconómico.

En la Provincia de Tungurahua no se ha realizado estudios para medir el desarrollo global del niño y niña en edades tempranas a través de la aplicación de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID, razón por la cual motiva la realización de este proyecto de investigación, que nos permita obtener resultados importantes mediante este instrumento de medición.

3.10.4 Tratamiento de datos

Se utilizó el Programa Estadístico SPSS para el tratamiento de datos obtenidos a través de los cuestionarios y la aplicación de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III (Bayley Scales of Infant Development – BSID.

Se generó estadística descriptiva por medio de tablas de frecuencia y gráficos para su respectivo análisis e interpretación acorde a los objetivos, valorándose a través de test probabilísticos la confiabilidad de los resultados.

-
-
-

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL, ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO Y MADRES DE FAMILIA

Se presentan los resultados alcanzados a través de la aplicación de encuestas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca, Cantón Pelileo – Provincia de Tungurahua y a madres de familia de menores de cero a tres años que asisten a estas Modalidades de Atención Infantil, población objeto de estudio del presente trabajo de investigación.

4. Análisis e Interpretación de Resultados

TABLA NO. 1 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS

PREGUNTA	No		A veces		Si	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SEPARACION NIÑO	0	0,0%	13	65,0%	7	35,0%
CARENCIA AFECTIVA	0	0,0%	15	75,0%	5	25,0%
DESCONOCIMIENTO CUIDADO ATENCIÓN	0	0,0%	12	60,0%	8	40,0%
AFECTO PRIMEROS AÑOS DE VIDA	0	0,0%	14	70,0%	6	30,0%
CONDICIONES PRECARIAS	0	0,0%	13	65,0%	7	35,0%
TALLA INFERIOR	10	50,0%	3	15,0%	7	35,0%
CONFLICTOS EMOCIONALES ECONÓMICOS SOCIALES	13	65,0%	2	10,0%	5	25,0%
AMBIENTE FAMILIAR	12	60,0%	4	20,0%	4	20,0%
CULTURA	7	35,0%	7	35,0%	6	30,0%
CARENCIA AMBIENTE CULTURAL	8	40,0%	6	30,0%	6	30,0%
MEDIO FÍSICO	9	45,0%	3	15,0%	8	40,0%
ESPACIOS ESTIMULANTES	8	40,0%	3	15,0%	9	45,0%
PRIVADO INTERACCIÓN	8	40,0%	6	30,0%	6	30,0%
MALNUTRICIÓN	10	50,0%	3	15,0%	7	35,0%
CONTEXTO FAMILIAR	9	45,0%	1	5,0%	10	50,0%
CRianza	1	5,0%	5	25,0%	14	70,0%
CREENCIAS TRADICIONES	2	10,0%	2	10,0%	16	80,0%
NECESIDADES RECIÉN NACIDO	14	70,0%	4	20,0%	2	10,0%
NUTRICIÓN ATENCIÓN MÉDICA	7	35,0%	5	25,0%	8	40,0%
ATENCIÓN MÉDICA EMBARAZADA	11	55,0%	3	15,0%	6	30,0%
COMUNIDAD TRABAJO	1	5,0%	5	25,0%	14	70,0%
MIGRACIÓN PADRES	10	50,0%	1	5,0%	9	45,0%
CONTEXTO CULTURAL	8	40,0%	4	20,0%	8	40,0%
INGRESOS FAMILIARES	2	10,0%	5	25,0%	13	65,0%
MORTALIDAD INFANTIL ABANDONO	10	50,0%	4	20,0%	6	30,0%
CENTROS INFANTILES	11	55,0%	4	20,0%	5	25,0%
FAMILIA ESTIMULACIÓN	13	65,0%	2	10,0%	5	25,0%
ENTREVISTA PADRES	20	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Encuesta técnicas de desarrollo infantil y asistente de cuidado diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

TABLA No. 2 TABLAS DE COMPARACIÓN ENTRE ROLES: TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL Y ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO.

PREGUNTAS	ROL: TÉCNICA DE DESARROLLO INFANTIL			ASISTENTES CUIDADO DIARIO		
	No	A veces	Si	No	A veces	Si
SEPARACION NIÑO	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	86,7%	13,3%
CARENCIA AFECTIVA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
DESCONOCIMIENTO CUIDADO	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	80,0%	20,0%
ATENCIÓN						
AFECTO PRIMEROS AÑOS DE VIDA	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	93,3%	6,7%
CONDICIONES PRECARIAS	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	86,7%	13,3%
TALLA INFERIOR	0,0%	20,0%	80,0%	66,7%	13,3%	20,0%
CONFLICTOS EMOCIONALES	0,0%	20,0%	80,0%	86,7%	6,7%	6,7%
ECONÓMICOS SOCIALES						
AMBIENTE FAMILIAR	20,0%	20,0%	60,0%	73,3%	20,0%	6,7%
CULTURA	20,0%	60,0%	20,0%	40,0%	26,7%	33,3%
CARENCIA AMBIENTE CULTURAL	0,0%	40,0%	60,0%	53,3%	26,7%	20,0%
MEDIO FÍSICO	0,0%	0,0%	100,0%	60,0%	20,0%	20,0%
ESPACIOS ESTIMULANTES	0,0%	0,0%	100,0%	53,3%	20,0%	26,7%
PRIVADO INTERACCIÓN	0,0%	0,0%	100,0%	53,3%	40,0%	6,7%
MALNUTRICIÓN	20,0%	0,0%	80,0%	60,0%	20,0%	20,0%
CONTEXTO FAMILIAR	0,0%	0,0%	100,0%	60,0%	6,7%	33,3%
CRIANZA	0,0%	40,0%	60,0%	6,7%	20,0%	73,3%
CREENCIAS TRADICIONES	0,0%	20,0%	80,0%	13,3%	6,7%	80,0%
NECESIDADES RECIÉN NACIDO	100,0%	0,0%	0,0%	60,0%	26,7%	13,3%
NUTRICIÓN ATENCIÓN MÉDICA	40,0%	40,0%	20,0%	33,3%	20,0%	46,7%
ATENCIÓN MÉDICA EMBARAZADA	20,0%	20,0%	60,0%	66,7%	13,3%	20,0%
COMUNIDAD TRABAJO	0,0%	20,0%	80,0%	6,7%	26,7%	66,7%
MIGRACIÓN PADRES	0,0%	0,0%	100,0%	66,7%	6,7%	26,7%
CONTEXTO CULTURAL	0,0%	0,0%	100,0%	53,3%	26,7%	20,0%
INGRESOS FAMILIARES	0,0%	20,0%	80,0%	13,3%	26,7%	60,0%
MORTALIDAD INFANTIL ABANDONO	0,0%	40,0%	60,0%	66,7%	13,3%	20,0%
CENTROS INFANTILES	20,0%	20,0%	60,0%	66,7%	20,0%	13,3%
FAMILIA ESTIMULACIÓN	80,0%	0,0%	20,0%	60,0%	13,3%	26,7%
ENTREVISTA PADRES	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Encuesta técnicas de desarrollo infantil y asistente de cuidado diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

TABLA No. 3 TABLAS DE COMPARACIÓN ENTRE ROLES POR PORCENTAJES: TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL Y ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO.

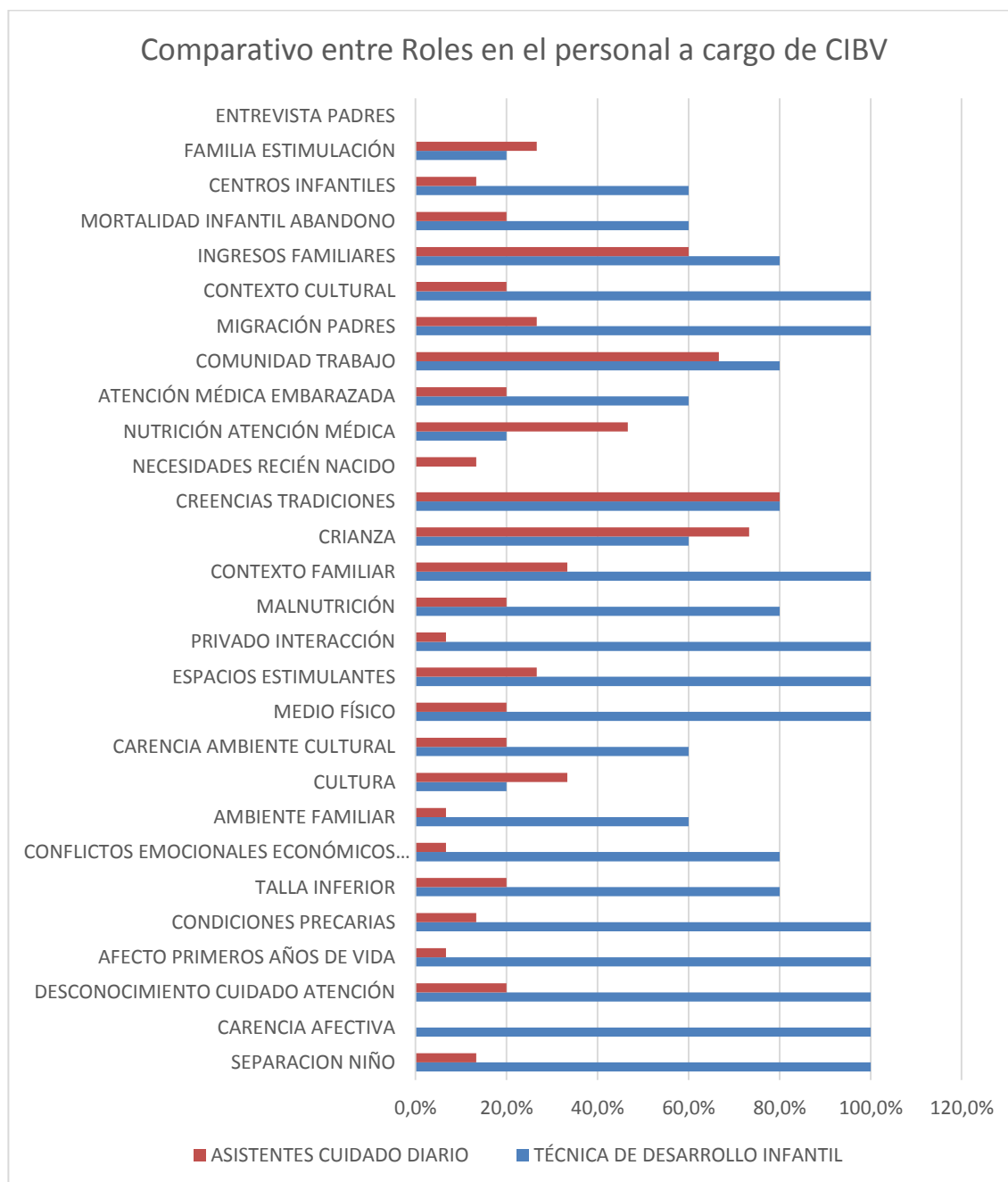
PREGUNTAS	TÉCNICA DE DESARROLLO INFANTIL	ASISTENTES CUIDADO DIARIO
SEPARACION NIÑO	100,0%	13,3%
CARENCIA AFECTIVA	100,0%	0,0%
DESCONOCIMIENTO CUIDADO ATENCIÓN	100,0%	20,0%
AFECTO PRIMEROS AÑOS DE VIDA	100,0%	6,7%
CONDICIONES PRECARIAS	100,0%	13,3%
TALLA INFERIOR	80,0%	20,0%
CONFLICTOS EMOCIONALES ECONÓMICOS SOCIALES	80,0%	6,7%
AMBIENTE FAMILIAR	60,0%	6,7%
CULTURA	20,0%	33,3%
CARENCIA AMBIENTE CULTURAL	60,0%	20,0%
MEDIO FÍSICO	100,0%	20,0%
ESPACIOS ESTIMULANTES	100,0%	26,7%
PRIVADO INTERACCIÓN	100,0%	6,7%
MALNUTRICIÓN	80,0%	20,0%
CONTEXTO FAMILIAR	100,0%	33,3%
CRianza	60,0%	73,3%
CREENCIAS TRADICIONES	80,0%	80,0%
NECESIDADES RECIÉN NACIDO	0,0%	13,3%
NUTRICIÓN ATENCIÓN MÉDICA	20,0%	46,7%
ATENCIÓN MÉDICA EMBARAZADA	60,0%	20,0%
COMUNIDAD TRABAJO	80,0%	66,7%
MIGRACIÓN PADRES	100,0%	26,7%
CONTEXTO CULTURAL	100,0%	20,0%
INGRESOS FAMILIARES	80,0%	60,0%
MORTALIDAD INFANTIL ABANDONO	60,0%	20,0%
CENTROS INFANTILES	60,0%	13,3%
FAMILIA ESTIMULACIÓN	20,0%	26,7%
ENTREVISTA PADRES	0,0%	0,0%

Fuente: Encuesta técnicas de desarrollo infantil y asistente de cuidado diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 2 COMPARATIVO ENTRE ROLES DE PERSONAL A CARGO DE CIBV



Análisis e Interpretación.-

La mayor parte de Técnicas de desarrollo infantil consideran que la carencia afectiva incide en el crecimiento y desarrollo adecuado de los menores por cuanto la familia constituye la base fundamental para su desarrollo integral, modelación de la conducta y formación de la personalidad, en tanto que la mayoría de asistentes de cuidado diario dado su escaso nivel de formación educativa y patrones culturales, no admiten la relación entre estas variables, es decir no consideran que la carencia afectiva incida en el crecimiento y desarrollo adecuado del menor.

Igualmente todas las técnicas manifiestan que las condiciones precarias de vida, los factores socioemocionales y económicos se convierten en una situación de riesgo para los menores, ya que no están cubiertas todas las necesidades básicas para el desarrollo infantil integral, a diferencia de la mayoría de asistentes de cuidado diario y su escaso conocimiento, influyen en la percepción que tienen acerca de que las condiciones precarias de vida no se convierten en una situación de riesgo para los menores.

Las técnicas manifiestan que si el ambiente familiar y el espacio físico cuenta con todas las condiciones óptimas durante los primeros años de vida, favorecerá el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales plenamente saludables en el menor, la falta de conocimiento influye en la percepción que tiene más de la mitad de asistentes de cuidado diario, ratificando que no existe correlación entre estas variables.

La mayoría de técnicas de desarrollo infantil y asistentes de cuidado diario, manifiestan que las costumbres y tradiciones se transmiten de generación en generación para educar, cuidar y criar a sus hijos/as estas pautas de crianza depende del contexto cultural, por lo tanto las variables están correlacionadas. A la par indican que las costumbres y tradiciones de la comunidad pesan más que las técnicas de estimulación que se aplican científicamente en beneficio del desarrollo de los menores, en este sentido se presenta una confrontación entre aspectos científicos y los patrones culturales propios de cada comunidad.

Más de la mitad de las técnicas de desarrollo infantil y asistentes de cuidado diario, expresan que los padres dan mayor valor al trabajo, lo cual ocasiona que ellos no presten la atención necesaria en el cuidado y educación de sus hijos/as, muestran menos interés por aquellos factores ambientales, sociales y emocionales que rodean a su hijo/a y que intervienen positiva o negativamente en su desarrollo integral.

Se presentan criterios divididos en relación a la influencia de la privación cultural y su influencia en la aparición de trastornos de conducta y aprendizaje en los menores, por lo cual no existe evidencia suficiente de que las variables estén correlacionadas.

Todas las técnicas de desarrollo infantil manifiestan que el desarrollo del niño está influenciado por el contexto cultural en el que se desenvuelve, el impacto en su desarrollo cognitivo como social es más significativo si este es positivo o negativo. Es innegable que desarrollo del niño está vinculado con los patrones culturales propios de su ambiente, las prácticas sociales y a los diversos tipos de aprendizaje.

En este sentido se reitera el carácter esencial de la interacción de los factores biológicos, la influencia ambiental y cultural en el proceso de desarrollo del menor.

La mayoría de las técnicas de desarrollo infantil indican que una talla acorde a la edad del menor es consecuencia de una buena nutrición, cuidado, atención y prácticas de crianza saludables puesto que estas favorecen al desarrollo de habilidades y destrezas psicomotoras, cognitivas y socio – afectivas. A pesar de que existe evidencia científica que estas variables están correlacionadas más de la mitad de asistentes de cuidado diario, consecuencia de su bajo nivel educativo indican que una talla acorde a la edad del menor no es resultado de una buena nutrición ni de prácticas de crianza saludables

Las técnicas de desarrollo infantil manifiestan que la falta de atención médica durante el embarazo y al recién nacido origina altos índices de mortalidad y es una de las principales causas de discapacidad, las asistentes de cuidado diario manifiestan que la falta de atención médica durante el embarazo y al recién nacido no origina altos índices de mortalidad.

La mayoría de técnicas de desarrollo infantil manifiestan que los menores que provienen de hogares con desigualdad económica y social están expuestos a situaciones de maltrato, violencia, mortalidad, deserción y exclusión; lo cual provoca la disminución de bienestar social, retrasa el desarrollo y la calidad de vida del niño.

Como consecuencia de su desconocimiento dado su bajo nivel educativo, más de la mitad de las asistentes de cuidado diario

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

manifiestan que los menores que provienen de hogares con desigualdad económica y social no están expuestos a situaciones de maltrato, violencia, mortalidad y deserción escolar.

TABLA No. 4 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS (MADRES DE FAMILIA)

PREGUNTAS	No		A veces		Si	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EDAD EMBARAZO	18	20,0%	0	0,0%	72	80,0%
ESFUERZO FÍSICO EMBARAZO	0	0,0%	5	5,6%	85	94,4%
ALIMENTACIÓN EMBARAZO	15	16,7%	63	70,0%	12	13,3%
BEBIDAS ALCOHOLICAS EMBARAZO	9	10,0%	57	63,3%	24	26,7%
MEDICACIÓN EMBARAZO	73	81,1%	10	11,1%	7	7,8%
ENFERMEDADES EMBARAZO	37	41,1%	0	0,0%	53	58,9%
COMPLICACIONES EMBARAZO	72	80,0%	0	0,0%	18	20,0%
VIOLENCIA EMBARAZO	7	7,8%	12	13,3%	71	78,9%
CONTROL MÉDICO	2	2,2%	69	76,7%	19	21,1%
TIEMPO GESTACIÓN	12	13,3%	0	0,0%	78	86,7%
ASISTENCIA MÉDICA PARTO	59	65,6%	0	0,0%	31	34,4%
COMPLICACIONES PARTO	63	70,0%	0	0,0%	27	30,0%
PESO NACER	17	18,9%	0	0,0%	73	81,1%
LACTANCIA MATERNA	2	2,2%	4	4,4%	84	93,3%
LACTANCIA VÍNCULO	5	5,6%	77	85,6%	8	8,9%
CUIDADO PROTECCIÓN	11	12,2%	51	56,7%	28	31,1%
ESTIMULACIÓN HOGAR	60	66,7%	30	33,3%	0	0,0%
INSTRUCCIÓN PADRES	59	65,6%	26	28,9%	5	5,6%
CARENCIA AFECTIVA	19	21,1%	63	70,0%	8	8,9%
CONTROL MÉDICO NIÑO	59	65,6%	24	26,7%	7	7,8%
RETRASO DESARROLLO	87	96,7%	0	0,0%	3	3,3%
RECURSOS DESARROLLO	0	0,0%	73	81,1%	17	18,9%
ACTIVIDAD LABORAL	83	92,2%	0	0,0%	7	7,8%
ACTIVIDAD AGRÍCOLA	4	4,4%	38	42,2%	48	53,3%
SUSTANCIAS QUÍMICAS TRABAJO	19	21,1%	23	25,6%	48	53,3%
CUIDADO NIÑO	0	0,0%	9	10,0%	81	90,0%

4. Análisis e Interpretación de Resultados

SERVICIOS BÁSICOS	21	23,3%	0	0,0%	69	76,7%
AMBIENTE HOGAR	61	67,8%	0	0,0%	29	32,2%
DISCAPACIDAD	84	93,3%	0	0,0%	6	6,7%
DEMOSTRACIÓN AFECTO	48	53,3%	41	45,6%	1	1,1%
HÁBITOS ALIMENTICIOS	68	75,6%	20	22,2%	2	2,2%
COMPORTAMIENTO NIÑO	2	2,2%	11	12,2%	77	85,6%
RECONOCIMIENTO LOGROS	11	12,2%	59	65,6%	20	22,2%
PREDOMINIO ACTIVIDADES HOGAR	0	0,0%	9	10,0%	81	90,0%
PAUTAS CRIANZA	0	0,0%	6	6,7%	84	93,3%
COSTUMBRES TRADICIONES	0	0,0%	73	81,1%	17	18,9%
TIEMPO PADRES HIJOS	67	74,4%	23	25,6%	0	0,0%
AFECTIVIDAD DESARROLLO	9	10,0%	22	24,4%	59	65,6%
NORMAS CRIANZA	13	14,4%	71	78,9%	6	6,7%
APOYO ESTADO	65	72,2%	23	25,6%	2	2,2%
CENTROS INFANTILES ADECUADOS	55	61,1%	0	0,0%	35	38,9%
CAMBIOS DESARROLLO CIBV	57	63,3%	0	0,0%	33	36,7%

Fuente: Encuesta madres

Elaborado por: Paola Mantilla García

GRÁFICO No. 3 MADRES DE FAMILIA

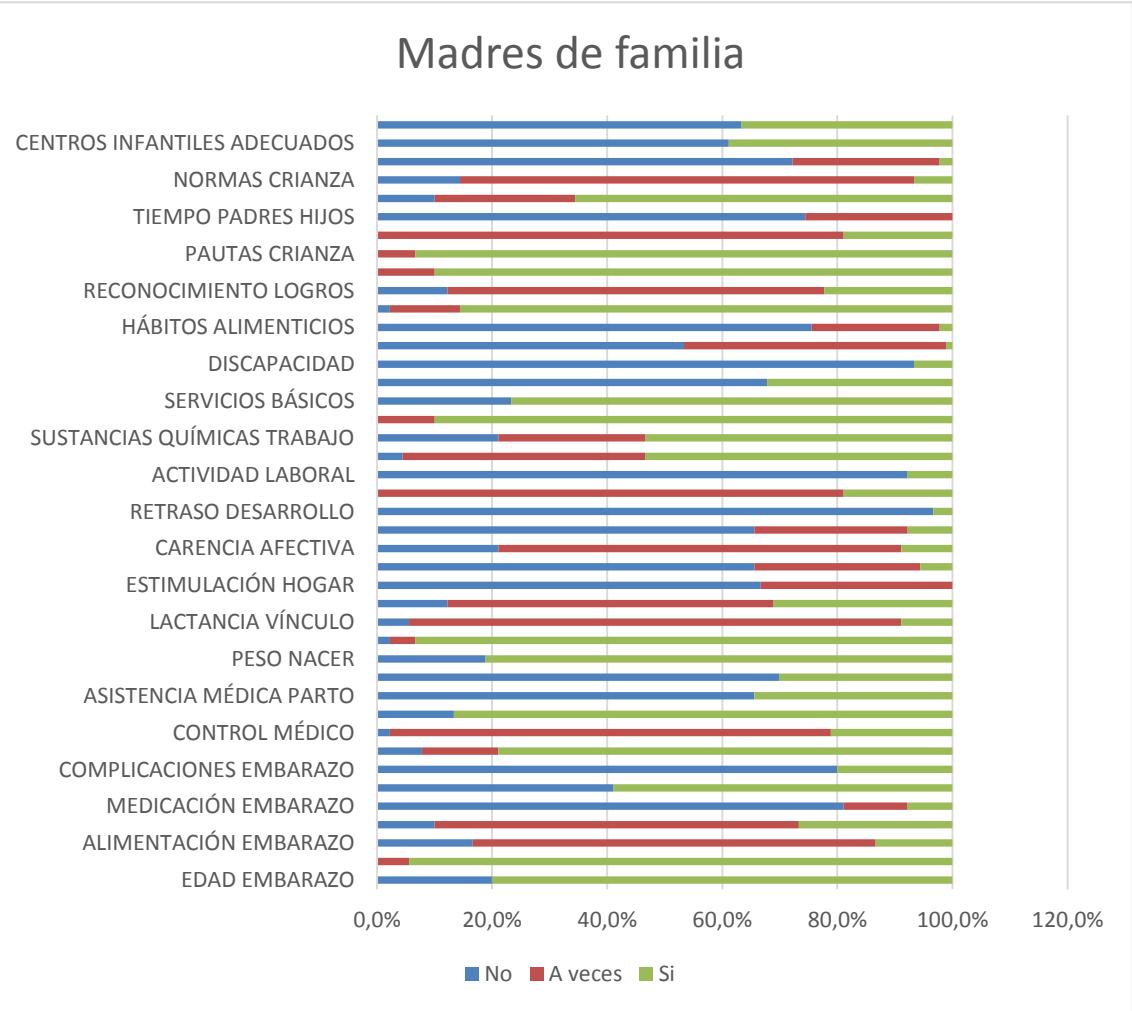


TABLA No. 5 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

¿Cuál es su nivel de instrucción?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NINGUNA	7	7,8	7,8	7,8
PRIMARIA	66	73,3	73,3	81,1
Válidos SECUNDARIA	13	14,4	14,4	95,6
SUPERIOR	4	4,4	4,4	100,0
Total	90	100,0	100,0	

GRÁFICO No. 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

¿Cuál es su nivel de instrucción?



Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

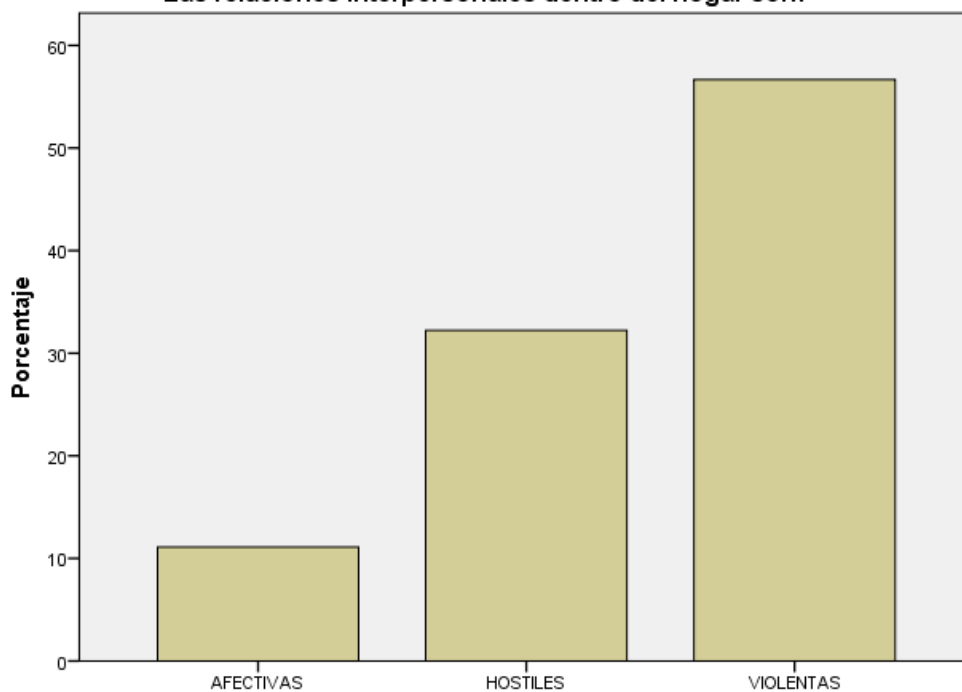
TABLA No. 6 LAS RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOGAR

Las relaciones interpersonales dentro del hogar son:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos AFECTIVAS	10	11,1	11,1	11,1
HOSTILES	29	32,2	32,2	43,3
VIOLENTAS	51	56,7	56,7	100,0
Total	90	100,0	100,0	

GRÁFICO No. 5 LAS RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOGAR

Las relaciones interpersonales dentro del hogar son:



Las relaciones interpersonales dentro del hogar son:

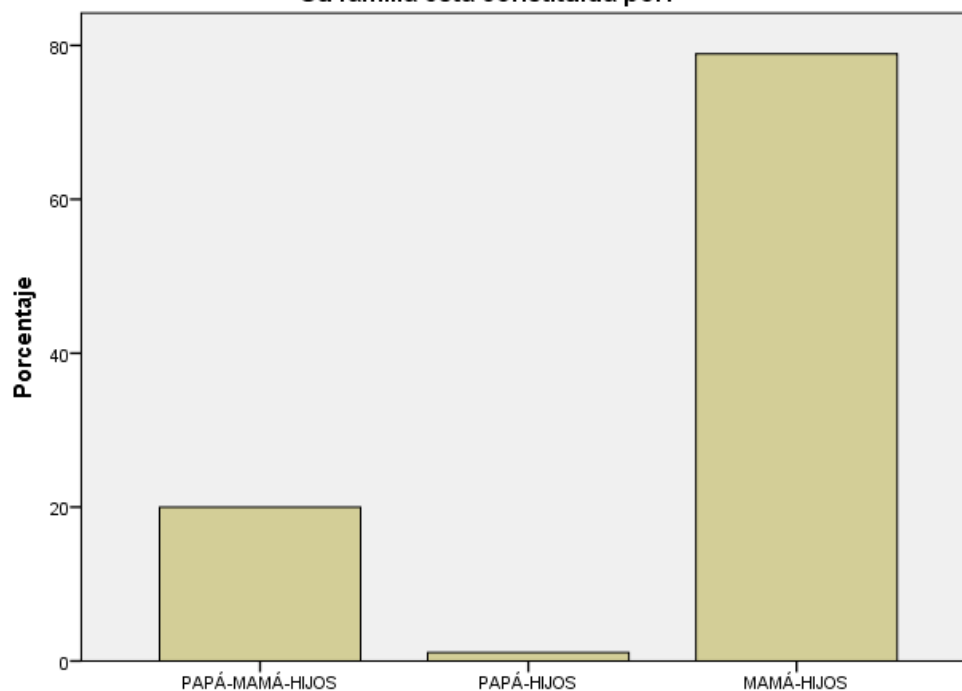
TABLA No. 7 SU FAMILIA ESTÁ CONSTITUIDA POR

Su familia está constituida por:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PAPÁ-MAMÁ-HIJOS	18	20,0	20,0	20,0
PAPÁ-HIJOS	1	1,1	1,1	21,1
MAMÁ-HIJOS	71	78,9	78,9	100,0
Total	90	100,0	100,0	

GRÁFICO No. 6 SU FAMILIA ESTÁ CONSTITUIDA POR

Su familia está constituida por:



Su familia está constituida por:

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

TABLA No. 8 RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON EL NIÑO

Las relaciones entre los miembros de la familia con el niño son:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regulares	7	7,8	7,8
	Buenas	83	92,2	100,0
	Total	90	100,0	

GRÁFICO No. 7 RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON EL NIÑO

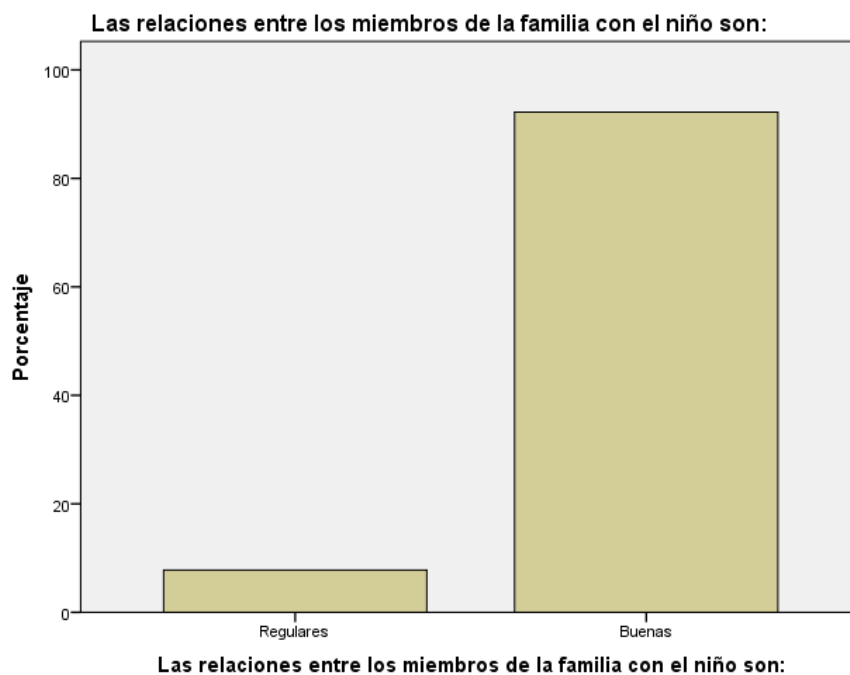
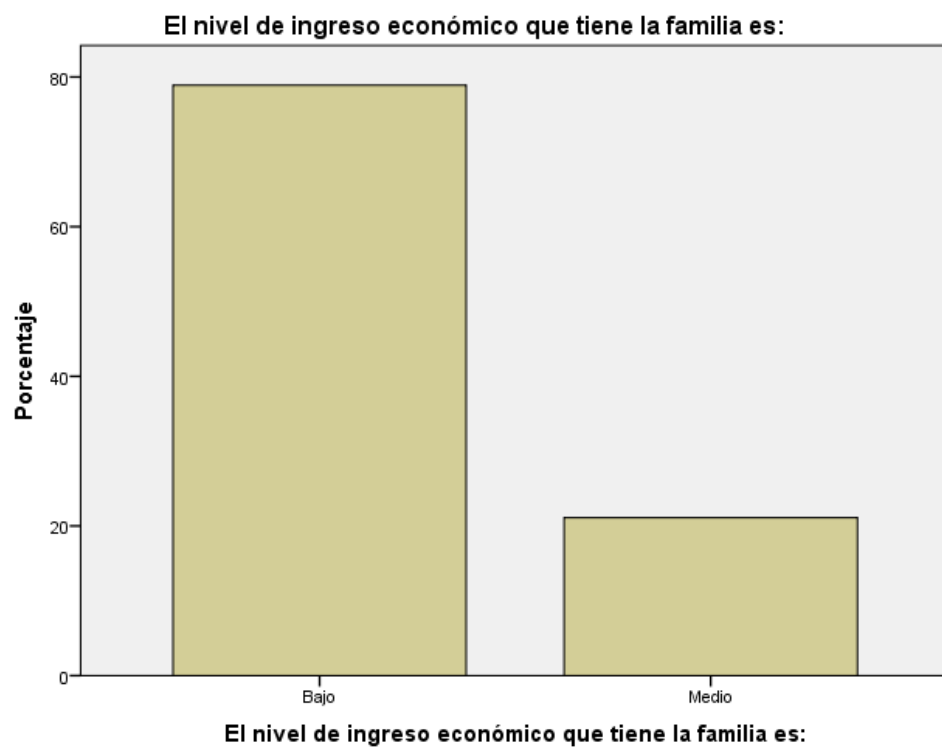


TABLA No. 9 NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO QUE TIENE LA FAMILIA**El nivel de ingreso económico que tiene la familia es:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	71	78,9	78,9
	Medio	19	21,1	100,0
	Total	90	100,0	

TABLA No. 8 NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO QUE TIENE LA FAMILIA

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

TABLA No. 10 TABLA RESUMIDA DE FRECUENCIAS PORCENTAJE (MADRES DE FAMILIA)

PREGUNTAS	No	A veces	Si
EDAD EMBARAZO	20,0%	0,0%	80,0%
ESFUERZO FÍSICO	0,0%	5,6%	94,4%
EMBARAZO			
ALIMENTACIÓN EMBARAZO	16,7%	70,0%	13,3%
BEBIDAS ALCOHOLICAS	10,0%	63,3%	26,7%
EMBARAZO			
MEDICACIÓN EMBARAZO	81,1%	11,1%	7,8%
ENFERMEDADES	41,1%	0,0%	58,9%
EMBARAZO			
COMPLICACIONES	80,0%	0,0%	20,0%
EMBARAZO			
VIOLENCIA EMBARAZO	7,8%	13,3%	78,9%
CONTROL MÉDICO	2,2%	76,7%	21,1%
TIEMPO GESTACIÓN	13,3%	0,0%	86,7%
ASISTENCIA MÉDICA	65,6%	0,0%	34,4%
PARTO			
COMPLICACIONES PARTO	70,0%	0,0%	30,0%
PESO NACER	18,9%	0,0%	81,1%
LACTANCIA MATERNA	2,2%	4,4%	93,3%
LACTANCIA VÍNCULO	5,6%	85,6%	8,9%
CUIDADO PROTECCIÓN	12,2%	56,7%	31,1%
ESTIMULACIÓN HOGAR	66,7%	33,3%	0,0%
INSTRUCCIÓN PADRES	65,6%	28,9%	5,6%
CARENCIA AFECTIVA	21,1%	70,0%	8,9%
CONTROL MÉDICO NIÑO	65,6%	26,7%	7,8%
RETRASO DESARROLLO	96,7%	0,0%	3,3%
RECURSOS DESARROLLO	0,0%	81,1%	18,9%
ACTIVIDAD LABORAL	92,2%	0,0%	7,8%
ACTIVIDAD AGRÍCOLA	4,4%	42,2%	53,3%
SUSTANCIAS QUÍMICAS	21,1%	25,6%	53,3%
TRABAJO			
CUIDADO NIÑO	0,0%	10,0%	90,0%
SERVICIOS BÁSICOS	23,3%	0,0%	76,7%
AMBIENTE HOGAR	67,8%	0,0%	32,2%
DISCAPACIDAD	93,3%	0,0%	6,7%
DEMOSTRACIÓN AFECTO	53,3%	45,6%	1,1%

4. Análisis e Interpretación de Resultados

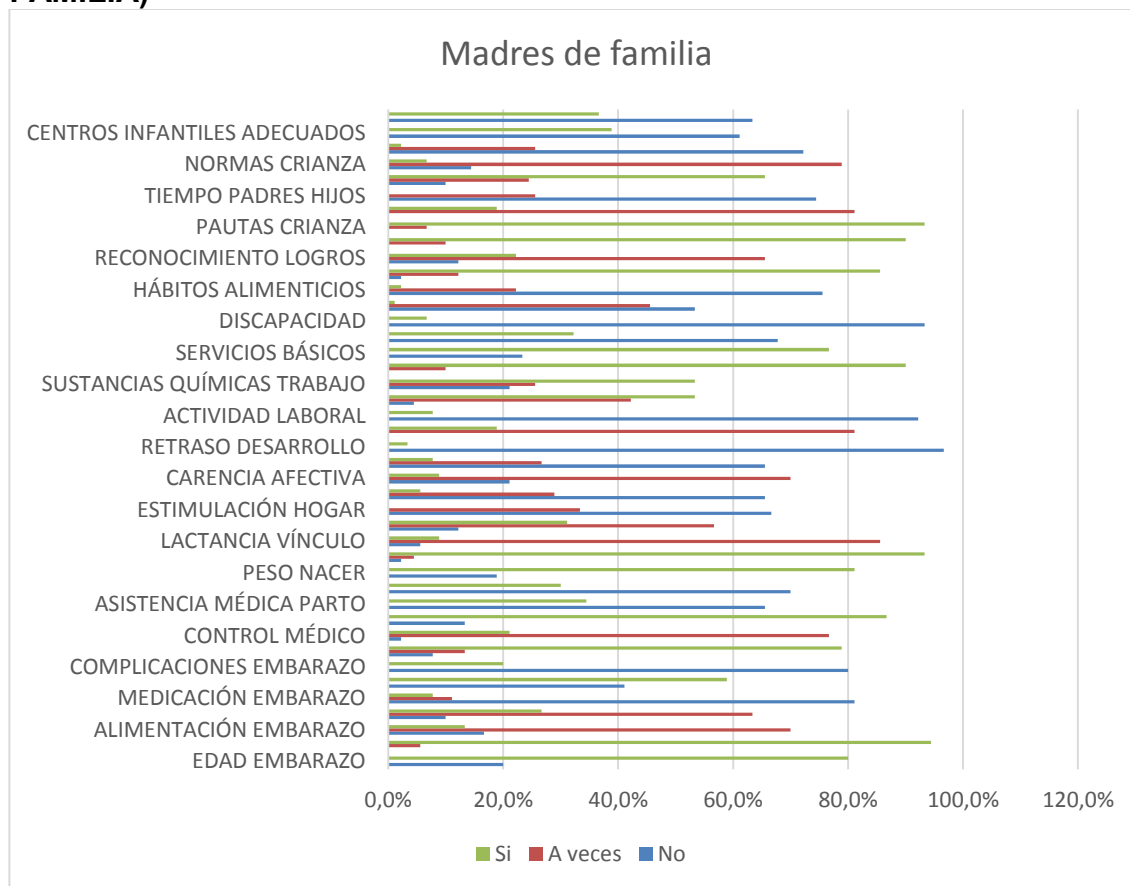
HÁBITOS ALIMENTICIOS	75,6%	22,2%	2,2%
COMPORTAMIENTO NIÑO	2,2%	12,2%	85,6%
RECONOCIMIENTO	12,2%	65,6%	22,2%
LOGROS			
PREDOMINIO ACTIVIDADES	0,0%	10,0%	90,0%
HOGAR			
PAUTAS CRIANZA	0,0%	6,7%	93,3%
COSTUMBRES	0,0%	81,1%	18,9%
TRADICIONES			
TIEMPO PADRES HIJOS	74,4%	25,6%	0,0%
AFECTIVIDAD	10,0%	24,4%	65,6%
DESARROLLO			
NORMAS CRIANZA	14,4%	78,9%	6,7%
APOYO ESTADO	72,2%	25,6%	2,2%
CENTROS INFANTILES	61,1%	0,0%	38,9%
ADECUADOS			
CAMBIOS DESARROLLO	63,3%	0,0%	36,7%
CIBV			

Fuente: Encuesta a madres

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 9 FRECUENCIAS PORCENTAJE (MADRES DE FAMILIA)



Análisis e Interpretación.-

La mayoría de madres no estuvieron de forma permanente al cuidado y protección de su hijo, lo cual disminuye acciones de parte de las madres que garantizan su protección, apoyo y cuidado en salud, nutrición así como también en los aspectos físicos, psicosociales y cognitivos que le conlleven a un desarrollo infantil óptimo.

Indican que no han observado ninguna desviación o retraso en el desarrollo en los primeros meses de vida de su hijo/a, lo que demuestra

que la mayoría de menores no ha presentado ninguna anormalidad. La percepción de las madres puede obedecer al escaso conocimiento acerca de los procesos de desarrollo biopsicosocial de los niños.

La mayoría de madres no tomaron medicación sin prescripción médica durante su embarazo, lo que disminuye el riesgo de alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo del bebé, no presentaron complicaciones durante su período de gestación lo cual disminuye la probabilidad del nacimiento de un bebé con algún tipo de alteración o malformación.

Se prestar atención que las madres durante su embarazo recibieron algún tipo de violencia física o psicológica, lo cual incrementa la probabilidad de presentar aborto, bebés con bajo peso al nacer, lesiones o incluso la muerte, a ello se suma el riesgo de padecer depresión, estrés y adicciones siendo estos efectos perjudiciales en el desarrollo del bebé.

La mayoría de madres no recibieron de forma permanente controles prenatales durante su período de gestación, lo que dificulta el proceso de vigilancia de la evolución del embarazo que permita detectar factores de riesgo biológicos, ambientales o sociales que al no ser detectados oportunamente producen daños severos en la madre y el feto, tampoco recibieron asistencia médica en el parto.

Un elemento significativo que hace referencia a que las madres no estuvieron de forma permanente al cuidado y protección de su hijo lo cual disminuye acciones de parte de las madres que garanticen su protección, apoyo y cuidado en salud, nutrición así como también en los

aspectos físicos, psicosociales y cognitivos que le conlleven a un desarrollo infantil óptimo, no efectúan actividades de estimulación que potencie en el niño/a las funciones cerebrales en todas las áreas cognitivo motor, lingüístico y socioemocional, los estímulos pobres y escasos hacen que el cerebro no se desarrolle adecuadamente y ocasionen consecuencias negativas en su desarrollo.

Con el nivel de instrucción educativa que tienen no están en capacidad de realizar actividades de estimulación con sus hijos/as en su hogar, lo que disminuye la posibilidad de que el niño/a potencie la capacidad y plasticidad de su cerebro. La carencia de estímulos durante los primeros años de vida del niño/a origina consecuencias negativas en el desarrollo de habilidades motoras, lingüísticas, y socio afectivas.

La mayoría de menores no cuenta con controles médicos permanentes, lo cual eleva los riesgos de presentar problemas de salud, obstaculiza la detección oportuna de patologías, así como también no permite orientar a los padres sobre pautas adecuadas de crianza de su hijos/as que favorezcan su desarrollo adecuado.

Las madres tienen un nivel de escolaridad básico, lo cual influye negativamente en el rendimiento escolar de los menores puesto que limita la calidad de estrategias que benefician su experiencia cognitiva esencial para el aprendizaje y éxito escolar, interactúan escasamente con sus hijos/as en actividades vinculadas con habilidades de aprendizaje.

Las relaciones interpersonales no son las adecuadas, lo cual propicia un desajuste social, emocional y psicológico en el niño/a, el clima

familiar hostil produce malas relaciones entre padres e hijos, deserción escolar, problemas conductuales, prácticas de crianza incorrectas, además tienen un impacto negativo en el desarrollo cognoscitivo de su hijo/a.

La mayoría de familias tienen recursos económicos limitados para ofrecer una atención óptima a sus hijos/as, ubicando en riesgo la supervivencia, crecimiento, desarrollo y bienestar físico del niño/a. no cuentan.

El acompañamiento de los padres durante el proceso de crianza se constituye en un factor determinante durante las etapas de crecimiento del menor, las madres de la comunidad no cuentan con el tiempo propicio para el cuidado de su hijo/a por sus actividades domésticas, agrícolas o laborales, su ausencia ocasionaría problemas de agresividad e interacción social baja autoestima, carencia afectiva, inseguridad y bajo rendimiento escolar.

La mayoría de madre manifiestan que no se cuenta con suficientes acciones, políticas y programas de desarrollo infantil por parte del Estado, que permitan identificar y evaluar la situación real de este grupo poblacional vulnerable, para cubrir sus necesidades básicas y promover la atención infantil temprana.

Se realiza el test de Mann Whitney considerando que la medición de las variables es por medio de escala ordinal, en donde se observa que hay evidencia estadísticamente significativa que la cualificación de los profesionales Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario que atienden a la infancia en las comunidades indígenas influye en la identificación del riesgo socio ambiental, esto comprobado a un nivel de significancia de 0.05, sin embargo no se observa evidencia en el afecto en los primeros años, espacios estimulantes, malnutrición, crianza.

TABLA No. 11 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

	Estadísticos de contraste ^a			
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Carencia Afectiva	3.500	123.500	-3.521	.000
Afecto primeros años	35.500	155.500	-.185	.853
Condiciones precarias	14.500	134.500	-2.135	.033
Talla inferior	7.500	127.500	-2.851	.004
Ambiente familiar	2.500	122.500	-3.249	.001
Cultura	16.500	136.500	-2.011	.044
Espacios estimulantes	36.500	156.500	-.125	.900
Malnutrición	29.500	44.500	-.745	.457
Crianza	32.000	152.000	-.599	.549
Creencia tradiciones	10.000	130.000	-2.708	.007
Atención médica embarazada	12.500	132.500	-2.378	.017
Comunidad Trabajo	16.500	136.500	-2.034	.042

a. Variable de agrupación: ROL

b. No corregidos para los empates.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY III (BAYLEY SCALES OF INFANT DEVELOPMENT – BSID)

La Escala de Desarrollo Infantil Bayley se administró a menores de 0 a 36 meses, divididos en tres grupos: el primero de cero a doce meses, el segundo de trece a 24 meses, y el tercero de 25 a 36 meses. Las subescalas se aplicaron en el siguiente orden: Mental, Psicomotricidad y Comportamiento.

Las evaluaciones fueron realizadas en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV's equipados adecuadamente. Durante la aplicación de la escala BSID se encontraron dificultades relacionadas con el ámbito cultural de la Comunidad, la lengua materna (Kiwchua) y las características propias de su edad y desarrollo.

El análisis de los datos se lo hizo por grupos, el primero estuvo conformado por niños de cero a doce meses ($N = 23$), el segundo entre 13 y 24 meses ($N= 32$), y el tercero entre 25 y 36 meses ($N= 35$).

En primer lugar, se evaluó la consistencia interna de la escala calculando el Coeficiente Alfa de Cronbach para cada grupo de edad.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

CUADRO No. 18 Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,949	13

CUADRO No. 19 Fiabilidad de la Escala Bayley (0 a 12 meses)

No Niños/as	ALFA DE CRONBACH	VALORACIÓN DEL NIVEL DE FIABILIDAD
23	0,949	Excelente

Fuente: Elaboración propia

El coeficiente de Alfa de Cronbach de la Escala Bayley aplicada a niños de cero a doce meses, fue de 0,949.

Cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach para la Escala Bayley (13 a 24 meses)

CUADRO No. 20 Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,955	16

CUADRO No. 21 Fiabilidad de la Escala Bayley (13 a 24 meses)

No Niños/as	ALFA DE CRONBACH	VALORACIÓN DEL NIVEL DE FIABILIDAD
32	0,955	Excelente

Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se obtuvieron en la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach a la escala aplicada a niños de 13 a 24 meses, fue de 0,955. A continuación se presenta la fiabilidad de la escala de 24 a 36 meses:

CUADRO No. 22 Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,965	16

CUADRO No. 23 Fiabilidad de la Escala Bayley (24 a 36 meses)

No Niños/as	ALFA DE CRONBACH	VALORACIÓN DEL NIVEL DE FIABILIDAD
35	0,965	Excelente

Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se obtuvieron en la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach a la escala aplicada a niños de 25 a 36 meses, fue de 0,965

TABLA No. 12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY (0 a 36 meses)

Edad	Descriptivos	Cognitivo	Lenguaje	Motor	Social Emocional
0 - 12 meses	Media	20.43	9.65	36.91	58.96
	Mediana	19.00	9.00	35.00	60.00
	Varianza	18.075	4.783	93.628	59.407
	Desv. típ.	4.251	2.187	9.676	7.708
13 - 24 meses	Media	39.06	21.03	70.44	104.75
	Mediana	39.50	22.50	72.50	111.00
	Varianza	27.028	26.741	81.157	181.355
	Desv. típ.	5.199	5.171	9.009	13.467
25 - 36 meses	Media	55.15	43.56	85.88	143.97
	Mediana	58.00	45.00	86.00	138.50
	Varianza	124.978	60.072	29.198	749.181
	Desv. típ.	11.179	7.751	5.404	27.371

Fuente: Escala de desarrollo infantil Bayley

Elaborado por: Paola Mantilla García

En la dimensión cognoscitiva se observa que los datos están cercanos a la media, se observa mayor dispersión en la edad de 25 a 36 meses, que estará asociado al crecimiento biológico y su mayor exposición a factores ambientales.

La media y mediana distantes nos indican que hay alta variación en las respuestas de los menores.

Para la comprobación de hipótesis se trabaja considerando los componentes del test y sus resultados en las diferentes edades (0-12, 13-24, 25-36 meses). En dichos valores se aplica la prueba de Kolmogorov para determinar normalidad, de lo cual se obtiene un

resultado de significancia de 0.00 lo cual indica que los datos no reúnen esta característica por lo tanto se aplica la prueba de Kruskal Wallis

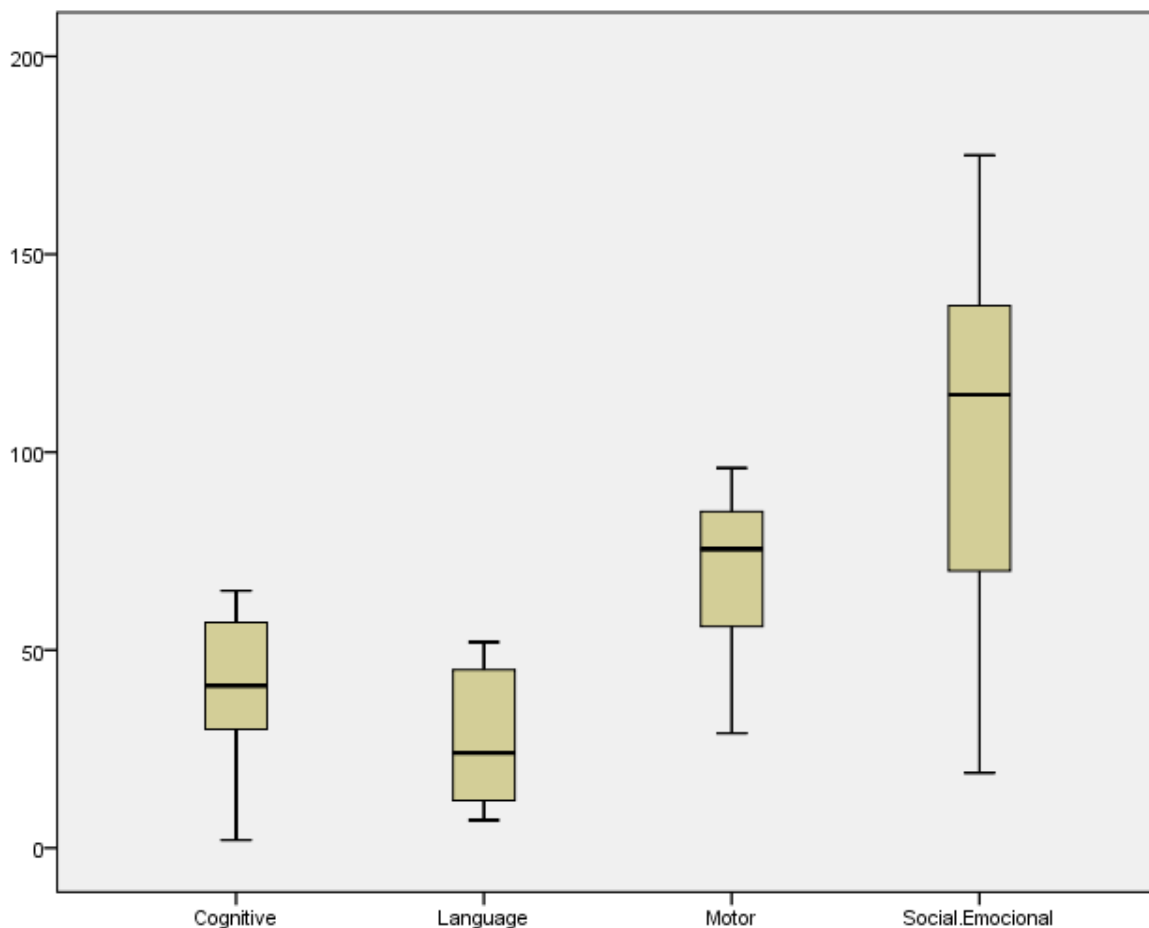
Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

TABLA No. 13 PRUEBAS DE NORMALIDAD

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cognitive	,150	90	,000	,931	90	,000
Language	,136	90	,000	,892	90	,000
Motor	,164	90	,000	,875	90	,000
Social.Emocional	,112	90	,008	,945	90	,001

a. Corrección de la significación de Lilliefors

GRÁFICO No. 10 PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS



En la aplicación de la prueba de Kruskal Wallis no se requiere los supuestos de normalidad, haciendo posible su aplicación; esta prueba se encarga de medir los rangos de los valores y obtener el rango medio.

TABLA No. 14 RANGOS ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL BAYLEY

Rangos			
SUBTEST	Edad	N	Rango promedio
Cognitivo	0 - 12 meses	23	13,24
	13 - 24 meses	32	41,58
	25 - 36 meses	34	69,71
	Total	89	
Lenguaje	0 - 12 meses	23	13,37
	13 - 24 meses	32	39,80
	25 - 36 meses	34	71,29
	Total	89	
Motor	0 - 12 meses	23	12,52
	13 - 24 meses	32	40,73
	25 - 36 meses	34	70,99
	Total	89	
Social Emocional	0 - 12 meses	23	13,13
	13 - 24 meses	32	40,41
	25 - 36 meses	34	70,88
	Total	89	

Fuente: Escala de desarrollo infantil Bayley

Elaborado por: Paola Mantilla García

Los resultados de la prueba realizada muestran que existe un nivel de significancia inferior a 0.01, es decir que hay evidencia estadísticamente significativa que los niños menores de tres años pertenecientes a la comunidad de Salasaca presentan riesgo de padecer alteraciones en su desarrollo, esto de acuerdo a los resultados del test de Bayley

encargado de medir dichas dimensiones. Además, de los resultados de las encuestas a las madres de familia y profesionales de los Centros Infantiles del Buen Vivir, se puede asumir que se deben a factores biológicos y ambientales.

TABLA No. 15 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

Estadísticos de contraste^{a,b}

	Cognitive	Language	Motor	Social.Emocional
Chi-cuadrado	66,572	71,149	71,693	70,268
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,000	,000	,000	,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Edad

Al medir la correlación de los valores del test por medio de Correlación de Pearson se observa que las dimensiones están relacionadas entre sí. En todas las dimensiones se observan significancias menor a 0.01, es decir que hay suficiente evidencia estadística para afirmar que hay relación entre las dimensiones del test.

TABLA No. 16 CORRELACIONES

Correlaciones

		Cognitive	Language	Motor	Social.Emocional
Cognitive	Correlación de Pearson	1			
	Sig. (bilateral)				
Language	Correlación de Pearson	,949**	1		
	Sig. (bilateral)	,000			
Motor	Correlación de Pearson	,912**	,883**	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000		
Social.Emocional	Correlación de Pearson	,971**	,951**	,905**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis se efectuó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson a cada subescala que conforma el Bayley, los puntajes medios obtenidos para los grupos de edad se correlacionaron significativamente.

Las correlaciones encontradas entre las distintas subescalas, sugieren que los distintos aspectos medidos se encuentran dentro de la franja considerada como una leve demora en su desarrollo.

Las puntuaciones obtenidas en desarrollo cognitivo son mucho más homogéneas, en tanto que las puntuaciones en su desarrollo motor grueso y fino son más heterogéneas y dispersas, lo cual indica que existe gran diferencia entre el desarrollo motor de los menores.

Se concluye que la mayoría de los menores tienen escaso desarrollo de habilidades lingüísticas debiéndose implementar estrategias adecuadas para la estimulación en el lenguaje.

Existe una interferencia lingüística que hace que los menores estén entrando en un proceso de aculturamiento, donde el idioma español es detrimento de su lengua materna Kichwa, esta interferencia incide en que los menores no hablen correctamente ninguna de las dos lenguas.

Al estar ubicados en un sector marginal vemos que existe muy poca estimulación para su desarrollo de lenguaje, además que las interrelaciones entre los menores es muy escasa.

Las puntuaciones obtenidas en desarrollo sociemocional son más heterogéneas y dispersas, indicándonos que existe dificultades en el

desarrollo emocional y social, consecuencia de carencias afectivas en la relación madre – hijo en edades tempranas, la deprivación afectiva que se presenta es producto de la situación educativa y laboral, puesto que son madres de escasos recursos económicos, quienes pasan largas horas de trabajo artesanal, agrícola y doméstico para su sustento, dedicando muy poco tiempo al cuidado y atención de sus hijos.

Como puede verse las correlaciones encontradas entre las distintas subescalas, sugieren que si bien no presentan valores indicativos de un retraso significativo en su desarrollo, si presentan una leve demora en su desarrollo, que son atribuibles a las condiciones adversas (cobertura en salud, alimentación, nivel educativo y socioeconómico), a los patrones propios de estimulación y pautas de crianza de la cultura de la Comunidad Indígena de Salasaca.

4.2 ANÁLISIS DE CRUCE DE VARIABLES

Las siguientes tablas corresponden al cruce de información obtenida de la aplicación de encuestas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Comunidad Indígena de Salasaca, Cantón Pelileo – Provincia de Tungurahua.

TABLA No. 17 ANÁLISIS DE CRUCE DE VARIABLES

	¿Considera Ud. que el cariño, la atención y el afecto que se brinde en los primeros años de vida del niño/a son herramientas fundamentales en la estimulación para su desarrollo?		Total
	SI	N0	
¿La carencia afectiva SI	4	0	4
de parte del padre o la N0	1	14	15
madre retrasa el			
crecimiento del niño/a,			
produce estrés, A	1	0	1
ansiedad y dificulta el			
aprendizaje? VECES			
Total	6	14	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y

Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 11 AFECTIVIDAD Y CRECIMIENTO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

14 encuestados consideran que el cariño, la atención y el afecto que se brinda en los primeros años de vida del niño/a **no** son herramientas fundamentales en la estimulación para su desarrollo, afirman que la carencia afectiva de parte de los padres **no** retrasa el crecimiento de los menores, ni produce estrés, ansiedad y dificulta el aprendizaje.

La percepción de las Técnicas de Desarrollo Infantil y sobre todo de las Asistentes de Cuidado Diario, puede obedecer al escaso conocimiento que tienen acerca de los procesos de desarrollo biológico, psicológico, social y emocional de menores en la primera infancia.

¿El desconocimiento del cuidado y atención al niño/a de parte de los padres al niño/a aumenta las posibilidades que desarrollen enfermedades e infecciones frecuentes ya que sus mecanismos de defensa no funcionan adecuadamente? *¿Considera Ud. que los niños/as que viven en condiciones precarias y con mínimos recursos son más propensos a desarrollar enfermedades e infecciones?

TABLA No. 18 CONDICIONES PRECARIAS Y ENFERMEDAD

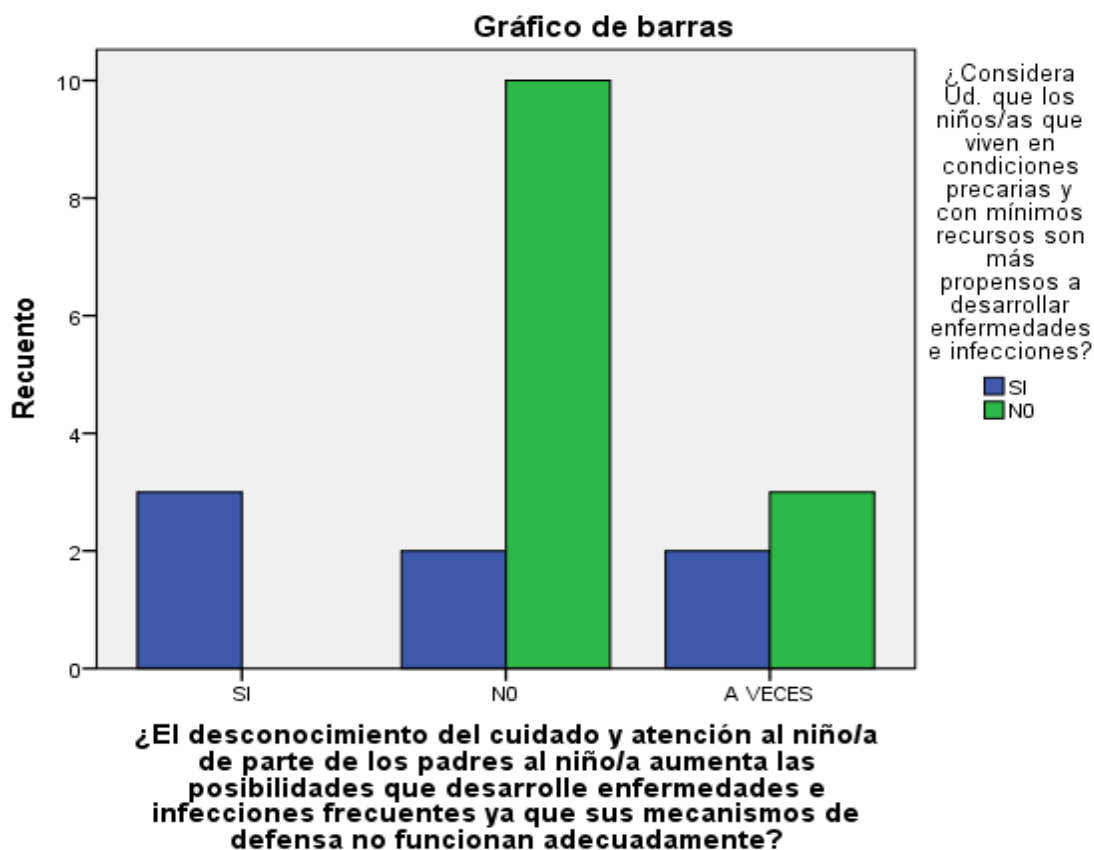
	¿Considera Ud. que los niños/as que viven en condiciones precarias y con mínimos recursos son más propensos a desarrollar enfermedades e infecciones?		Total
	SI	N0	
¿El desconocimiento del SI	3	0	3
cuidado y atención al N0	2	10	12
niño/a de parte de los			
padres al niño/a aumenta			
las posibilidades que			
desarrollen enfermedades			
e infecciones frecuentes A VECES	2	3	5
ya que sus mecanismos			
de defensa no funcionan			
adecuadamente?			
Total	7	13	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 12 CONDICIONES PRECARIAS Y ENFERMEDAD



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

El 50% de los encuestados no consideran que las que los niños/as que viven en condiciones precarias y con mínimos recursos son más propensos a desarrollar enfermedades e infecciones y que el desconocimiento del cuidado y atención al niño/a de parte de los padres

al niño/a aumenta las posibilidades que desarrollen enfermedades e infecciones.

El otro 50% de encuestados manifiestan que siempre y a veces las variables están relacionadas.

¿Considera Ud. que los conflictos emocionales, económicos y sociales alrededor de la crianza del niño dificultan el crecimiento y desarrollo apropiado del niño/a? *¿Ud. cree que el ambiente familiar donde predomina el poco interés por el aprendizaje impide que el niño/a desarrolle sus potencialidades genéticas?

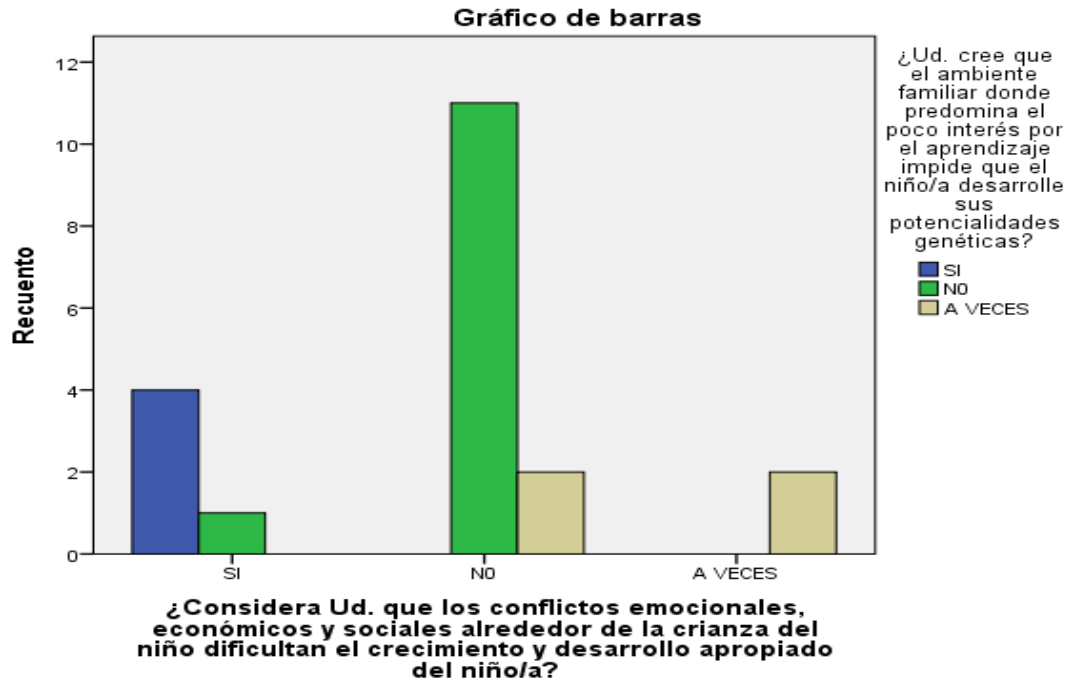
TABLA No. 19 CONFLICTOS, AMBIENTE FAMILIAR Y DESARROLLO

	¿Ud. cree que el ambiente familiar donde predomina el poco interés por el aprendizaje impide que el niño/a desarrolle sus potencialidades genéticas?			Total
	SI	N0	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	4	1	0	5
los conflictos N0	0	11	2	13
emocionales,				
económicos y				
sociales alrededor de				
la crianza del niño				
dificultan el A VECES	0	0	2	2
crecimiento y				
desarrollo apropiado				
del niño/a?				
Total	4	12	4	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

GRÁFICO No. 13 CONFLICTOS, AMBIENTE FAMILIAR Y DESARROLLO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

A partir de los datos obtenidos se puede observar que 12 encuestados (60%) consideran que el ambiente familiar carente de interés por el aprendizaje no impide que el niño/a desarrolle sus potencialidades genéticas, así también 13 encuestados (65%) tampoco admiten que los conflictos (emocionales, económicos y sociales) dificulten el crecimiento y desarrollo de los niños/as.

La mayoría de los encuestados (55%) que no consideran que el ambiente familiar impida el desarrollo de potencialidades genéticas niegan también que los conflictos emocionales, económicos y sociales afecten el crecimiento y desarrollo de los niños/as. Los demás encuestados consideran que siempre o a veces estas variables están correlacionadas.

Contrariamente a lo que las evidencias científicas demuestran, las Asistentes de Cuidado Diario no reconocen la influencia del ambiente familiar y de los conflictos en el crecimiento y desarrollo de los niños/as, lo cual puede deberse al desconocimiento y escasa preparación científica – técnica para la atención y cuidado de los niños/as.

¿El medio físico en el que se desenvuelve el niño/a debe brindarle oportunidades para desarrollar actividades de juego, exploratorias y manipulativas que favorezcan su desarrollo? *¿Considera Ud. que el niño/a requiere de espacios amplios, seguros y estimulantes para un mejor desarrollo de sus habilidades, destrezas y capacidades?

TABLA No. 20 ESPACIO FÍSICO Y DESARROLLO DE HABILIDADES

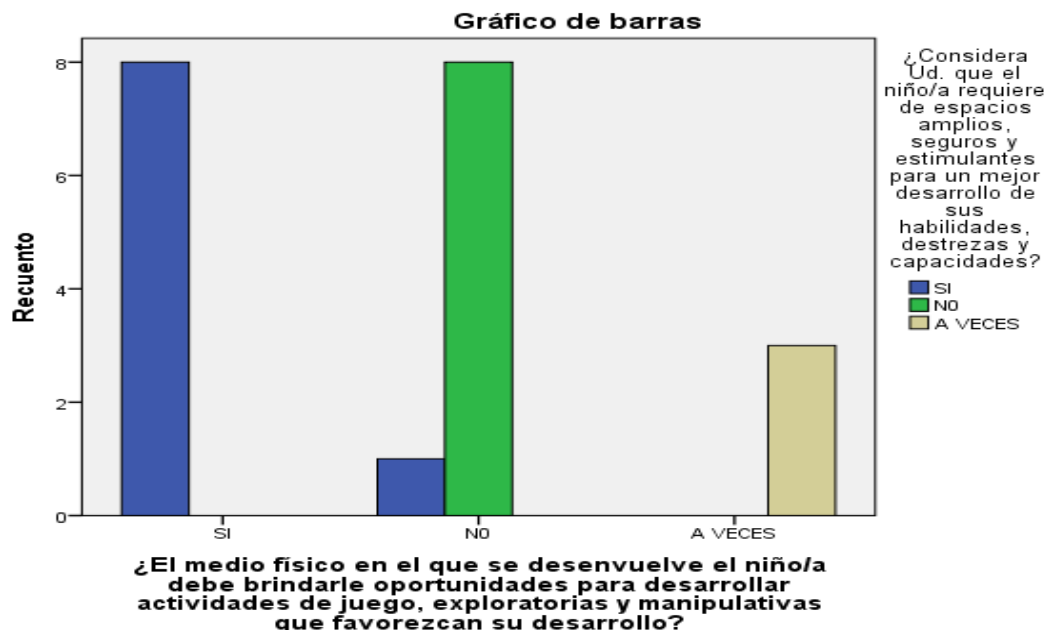
	¿Considera Ud. que el niño/a requiere de espacios amplios, seguros y estimulantes para un mejor desarrollo de sus habilidades, destrezas y capacidades?			Total
	SI	N0	A VECES	
¿El medio físico en el SI	8	0	0	8
que se desenvuelve el N0	1	8	0	9
niño/a debe brindarle				
oportunidades para				
desarrollar actividades				
de juego,				
exploratorias y	A VECES			
manipulativas que	0	0	3	3
favorezcan su				
desarrollo?				
Total	9	8	3	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 14 ESPACIO FÍSICO Y DESARROLLO DE HABILIDADES



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

En similar porcentaje los encuestados afirman o niegan la influencia de los espacios amplios y estimulantes en el desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades. De igual manera afirman o niegan en igual porcentaje que el medio físico en el que se desenvuelve el niño/a favorezca su desarrollo.

Quienes consideran que los espacios amplios, seguros y estimulantes benefician el desarrollo de los niños/as, afirman también que el medio físico en el que se desenvuelven los niños/as contribuye a su desarrollo y viceversa.

¿Considera Ud. que en la crianza de los niños de la comunidad influyen las costumbres y creencias de épocas anteriores, es decir, de abuelos y padres? *¿Considera Ud. que las creencias, tradiciones y estilos de crianza de los padres limitan la aplicación de técnicas y estrategias actuales para mejorar el desarrollo del niño/a?

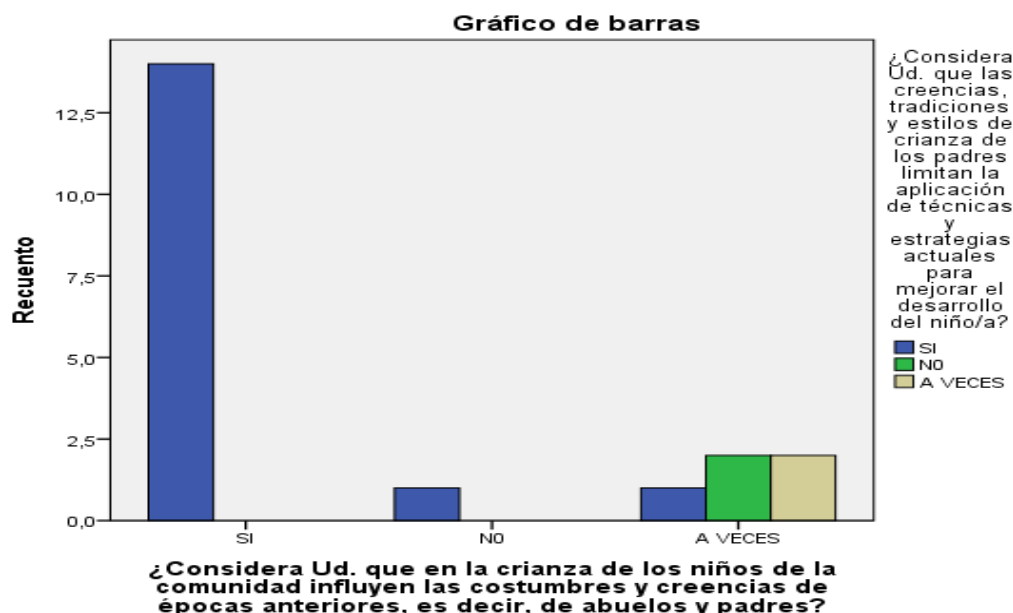
**TABLA No. 21 CRIANZA, COSTUMBRES, TRADICIONES
Y DESARROLLO**

	¿Considera Ud. que las creencias, tradiciones y estilos de crianza de los padres limitan la aplicación de técnicas y estrategias actuales para mejorar el desarrollo del niño/a?			Total
	SI	N0	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	14	0	0	14
en la crianza de los N0	1	0	0	1
niños de la				
comunidad influyen				
las costumbres y A	1	2	2	5
creencias de épocas VECES				
anteriores, es decir,				
de abuelos y padres?				
Total	16	2	2	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

GRÁFICO No. 15 CRIANZA, COSTUMBRES, TRADICIONES Y DESARROLLO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

Los datos de los resultados de la encuesta revelan que 16 encuestados (80%) consideran que las costumbres, tradiciones y estilos de crianza si limitan la aplicación de técnicas y estrategias para mejorar el desarrollo de los niños/as, 14 encuestados (70%) también admiten que en la crianza de los niños/as de la comunidad influyen las costumbres y creencias en el desarrollo de los niños/as. El resto de los encuestados consideran que no y a veces estas variables están relacionadas.

Se observa que 14 encuestados (70%) afirman que las creencias, tradiciones y estilos de crianza limitan la aplicación de técnicas y estrategias para mejorar el desarrollo del niño/a, así mismo afirman que en la crianza de los niños/as influyen las costumbres y creencias de la comunidad.

Por lo tanto se deduce que las creencias, tradiciones y estilos de crianza están fuertemente arraigadas en la idiosincrasia de la mayoría de las Asistentes de Cuidado Diario y se las transmite de generación en generación, lo cual limita la aplicación de técnicas y estrategias actuales para potenciar el desarrollo holístico del niño/a.

¿La separación del niño/a con la madre en edades tempranas afecta especialmente en su desarrollo posterior? * ¿Cree Ud. que un bebé recién nacido podría sobrevivir, aprender a hablar, a comunicarse, a expresar sus necesidades sin la orientación social de padres, hermanos, maestros?

TABLA No. 22 SEPARACIÓN MADRE – NIÑO/A Y DESARROLLO

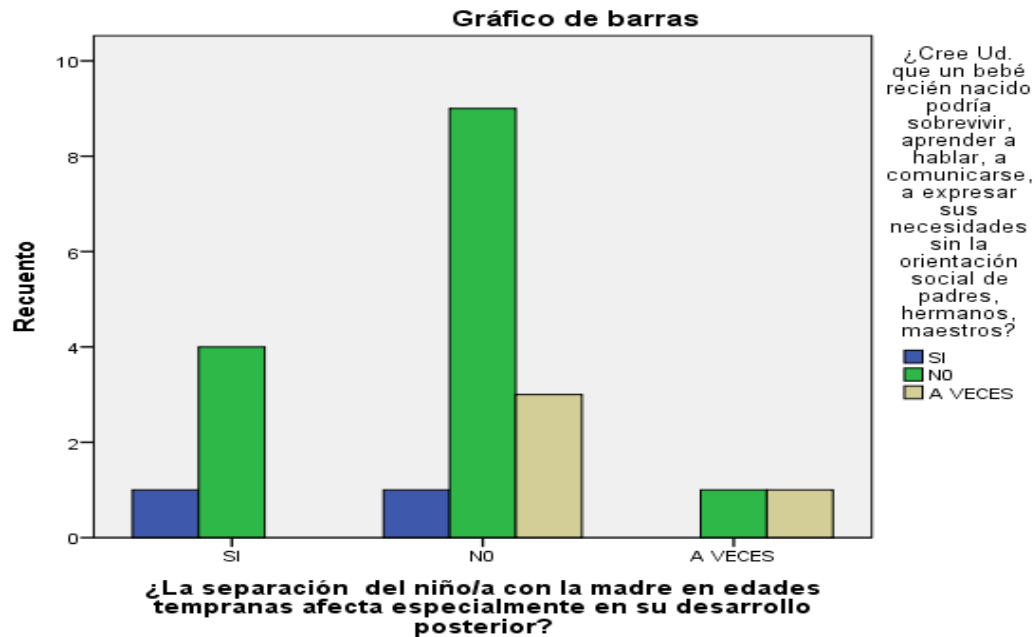
	¿Cree Ud. que un bebé recién nacido podría sobrevivir, aprender a hablar, a comunicarse, a expresar sus necesidades sin la orientación social de padres, hermanos, maestros?			Total
	SI	N0	A VECES	
¿La separación del SI	1	4	0	5
niño/a con la madre N0	1	9	3	13
en edades				
tempranas afecta A	0	1	1	2
especialmente en su VECES				
desarrollo posterior?				
Total	2	14	4	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y

Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

GRÁFICO No. 16 SEPARACIÓN MADRE – NIÑO/A Y DESARROLLO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

A partir de los datos alcanzados en la encuesta se puede observar que 14 encuestados (70%) consideran que el bebé recién nacido no podría sobrevivir, aprender a hablar, a comunicarse, a expresar sus necesidades sin la orientación social de padres, hermanos, maestros, 13 encuestados (65%) admiten que la separación del niño/a con la madre en edades tempranas no afectan su desarrollo posterior. 9 encuestados (45%) consideran que el Recién Nacido no podría sobrevivir sin el cuidado de sus padres y/o terceros, así mismo afirman que la separación temprana de la madre con su hijo/a no afecta su

desarrollo posterior. El resto de los encuestados afirman que sí y a veces estas variables están correlacionadas.

En la mayoría de casos quienes no consideran que la orientación social de padres, maestros y hermanos afecten el desarrollo del recién nacido; tampoco consideran que la separación de la madre con el niño en edades tempranas influyan en su desarrollo posterior.

La falta de conocimiento influye en la percepción que tienen las asistentes de cuidado diario respecto a que la separación del niño/a con la madre en edades tempranas intervenga en el desarrollo armónico del niño/a.

¿Considera Ud. que en la Comunidad se da más relevancia al trabajo que a la estimulación y educación de los niños/as? * ¿Se involucran las familias en los procesos de estimulación y educación de los niños/as que asisten a los CIBVs a través de un refuerzo de actividades en el hogar?

TABLA No. 23 TRABAJO, FAMILIA Y ESTIMULACIÓN

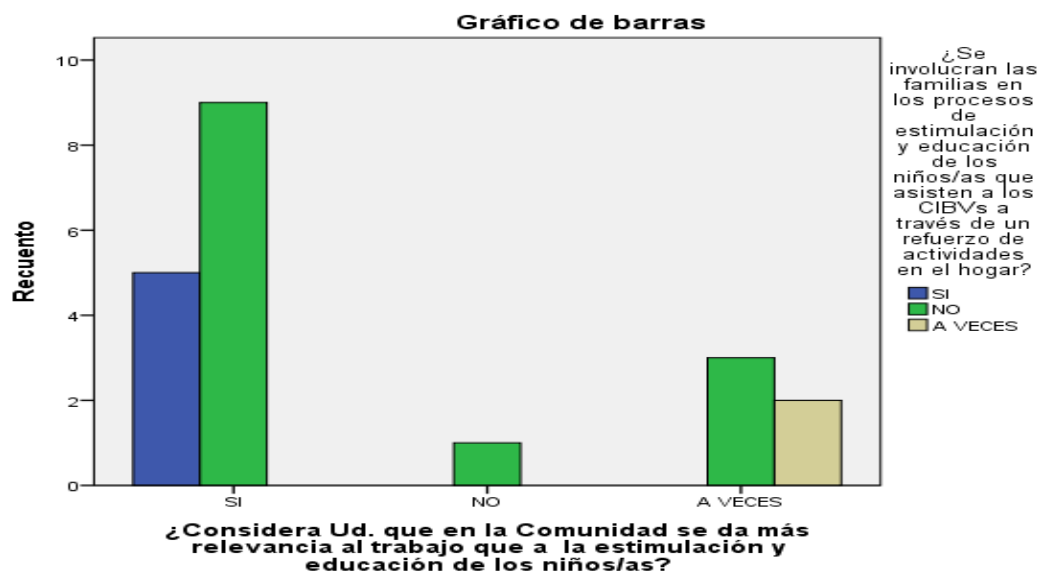
	¿Se involucran las familias en los procesos de estimulación y educación de los niños/as que asisten a los CIBVs a través de un refuerzo de actividades en el hogar?			Total
	SI	NO	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	5	9	0	14
en la Comunidad se NO	0	1	0	1
da más relevancia al				
trabajo que a la				
estimulación y A	0	3	2	5
educación de los VECES				
niños/as?				
Total	5	13	2	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 17 TRABAJO, FAMILIA Y ESTIMULACIÓN



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación

Los datos de los resultados de la encuesta dejan ver que 13 encuestados (65%) consideran que las familias de la comunidad no se involucran en los procesos de estimulación y educación de sus hijos/as, ni realizan refuerzos de actividades en el hogar.

El 70% que corresponde a 14 encuestados admiten que la comunidad da más importancia a su actividad laboral que a la educación y estimulación de sus hijos/as.

Así también se puede observar que 9 encuestados (45%) indican que la familia no se involucra en los procesos de estimulación de sus hijos/as, puesto que afirman que la Comunidad da más relevancia a sus actividades laborales que a la educación de los niños/as. El resto de

encuestados afirman que no y a veces las variables están correlacionadas.

Por lo tanto se concluye que en la comunidad indígena de Salasaca se da mayor valor a su trabajo que a involucrarse en los procesos de educación y estimulación de sus hijos/as, existiendo una correlación inversa entre ambas variables.

¿Considera Ud. que afecta a la crianza del niño/a el hecho de que los padres migren a la ciudad por situaciones laborales dejando a sus hijos al cuidado de terceros? *¿Considera Ud. que los ingresos familiares limitados generan un contexto social de oportunidades restringidas y dificultades para el crecimiento y desarrollo de los niños/as de la comunidad?

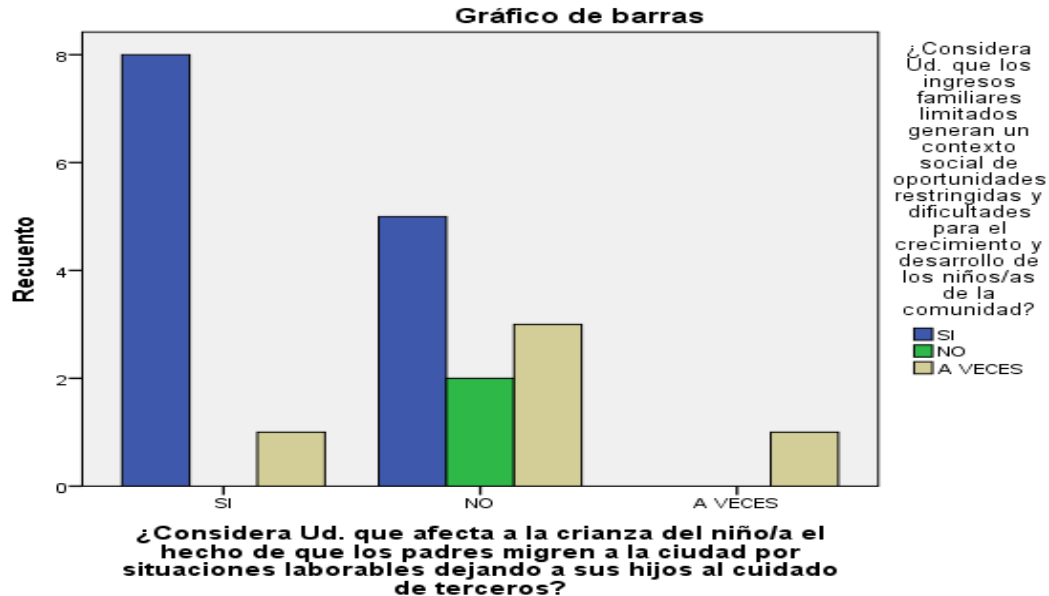
TABLA No. 24 MIGRACIÓN, INGRESOS FAMILIARES Y DESARROLLO

	¿Considera Ud. que los ingresos familiares limitados generan un contexto social de oportunidades restringidas y dificultades para el crecimiento y desarrollo de los niños/as de la comunidad?			Total
	SI	NO	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	8	0	1	9
afecta a la crianza NO	5	2	3	10
del niño/a el hecho				
de que los padres				
migren a la ciudad				
por situaciones A	0	0	1	1
laborables dejando a VECES				
sus hijos al cuidado				
de terceros?				
Total	13	2	5	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla Gracia

GRÁFICO No. 18 MIGRACIÓN, INGRESOS FAMILIARES Y DESARROLLO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

A partir de los datos obtenidos se puede observar que 13 encuestados (65%) consideran que los ingresos familiares limitados si generan un contexto social restringido y dificultan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños/as.

El 50% que corresponde a 10 encuestados admiten que la migración de los padres no afecta la crianza de sus hijos/as.

Se puede observar también que 8 encuestados (40%) afirman que los ingresos familiares limitados si generan dificultades en el crecimiento y desarrollo de los niños/as, así como también aseveran que la migración

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

de los padres por situaciones laborales, afecta la crianza de sus hijos/as.

Quienes afirman que los ingresos familiares limitados generan un contexto social restringido y a la vez dificulta el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños en edades tempranas, admiten que la migración de los padres afecta la crianza de los niños/as.

4. Análisis e Interpretación de Resultados

¿Los niños/as que carecen de un ambiente rico culturalmente, se convierten en un grupo de riesgo para presentar trastornos de conducta y aprendizaje? *¿Considera Ud. que el contexto cultural tiene impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a?

TABLA No. 25 CONTEXTO CULTURAL Y DESARROLLO

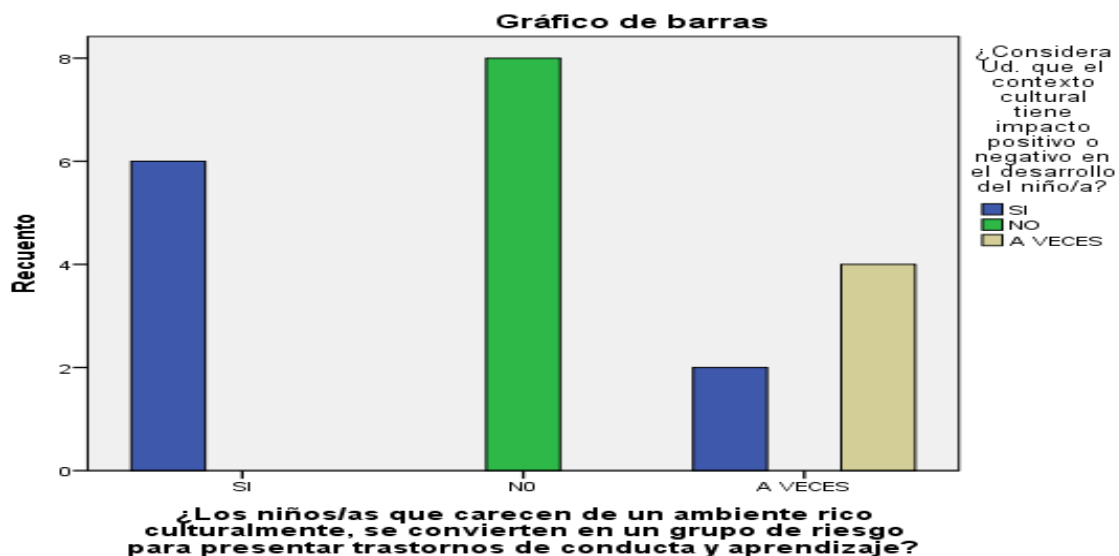
	¿Considera Ud. que el contexto cultural tiene impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a?			Total
	SI	NO	A VECES	
¿Los niños/as que SI	6	0	0	6
carecen de un NO	0	8	0	8
ambiente rico				
culturalmente, se				
convierten en un				
grupo de riesgo para A	2	0	4	6
presentar trastornos VECES				
de conducta y				
aprendizaje?				
Total	8	8	4	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 19 CONTEXTO CULTURAL Y DESARROLLO



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

En similar porcentaje los encuestados afirman o niegan que el contexto cultural tenga un impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a.

De igual manera afirman o niegan que los niños/as que carecen de un ambiente rico culturalmente, se conviertan en un grupo de riesgo para presentar trastornos conductuales y de aprendizaje.

Quienes consideran que el contexto cultural no tiene impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a afirman también que los niños/as que carecen de un ambiente rico culturalmente no los convierte en un grupo de riesgo para presentar trastornos conductuales y de aprendizaje.

Existen criterios divididos respecto a cómo la privación cultural influye en la aparición de trastornos de conducta y aprendizaje en los niños/as; no existe evidencia suficiente de que las variables señaladas estén correlacionadas.

¿Considera Ud. que la presencia de una talla inferior del niño/a en relación a los demás está asociada a la nutrición, al cuidado diario y a la relación afectiva con sus padres? * ¿Considera Ud. que un niño malnutrido puede alterar su aptitud para el aprendizaje y las experiencias sociales?

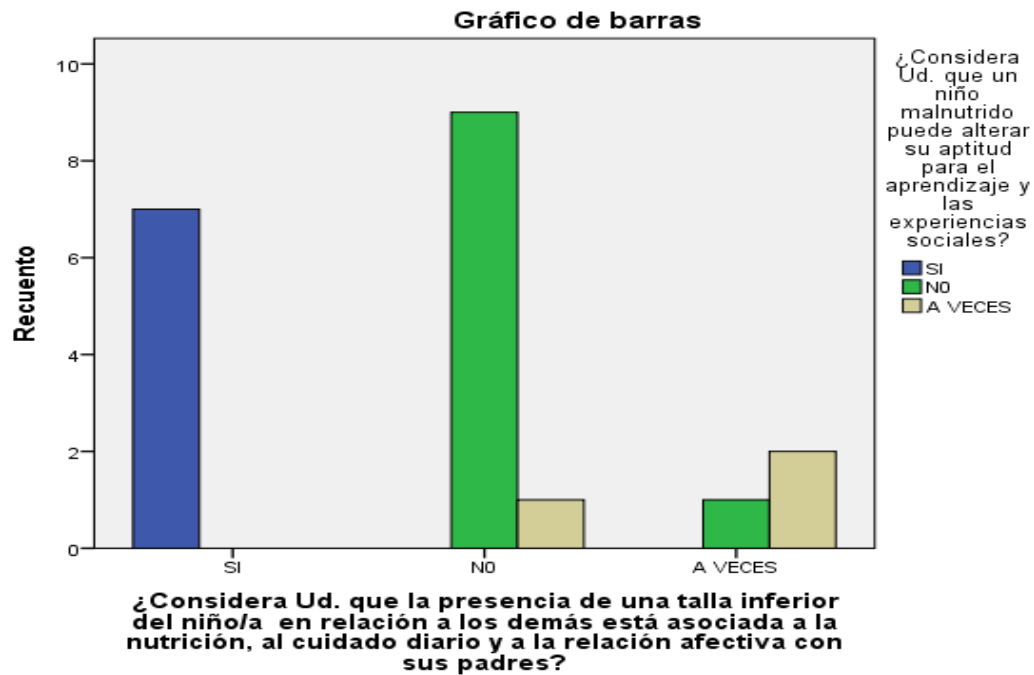
TABLA No. 26 TALLA, NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE

	¿Considera Ud. que un niño malnutrido puede alterar su aptitud para el aprendizaje y las experiencias sociales?			Total
	SI	N0	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	7	0	0	7
la presencia de una N0	0	9	1	10
talla inferior del				
niño/a en relación a				
los demás está				
asociada a la A	0	1	2	3
nutrición, al cuidado VECES				
diario y a la relación				
afectiva con sus				
padres?				
Total	7	10	3	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

GRÁFICO NO. 20 TALLA, NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

De los datos de los resultados de la encuesta podemos observar que 10 encuestados (50%) consideran que en un niño malnutrido no se altera su aptitud para el aprendizaje; así mismo 10 encuestados (50%) admiten que la presencia de una talla inferior en el niño/a no está asociado con la nutrición, cuidado y relación afectiva con sus padres.

Se observa también que 9 encuestados (45%) consideran que en el niño malnutrido no se altera su aptitud para el aprendizaje y de igual

manera afirman que la presencia de una talla inferior no está asociada a la nutrición, cuidado diario y relaciones afectivas con sus padres.

Quienes afirman que en un niño malnutrido no se altera su aptitud para el aprendizaje, aseveran de igual manera que la presencia de una talla inferior en el niño/a no están asociados con la nutrición, cuidado y relación afectiva con sus padres.

A pesar de que existe suficiente evidencia científica de que las variables están correlacionadas los encuestados no lo admiten, posiblemente por su escaso nivel educativo y patrones culturales.

4. Análisis e Interpretación de Resultados

¿Considera Ud. que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido provoca altos índices de mortalidad? * ¿Cree Ud. que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad es más común en familias pobres?

TABLA No. 27 ATENCIÓN MÉDICA, MORTALIDAD INFANTIL y POBREZA

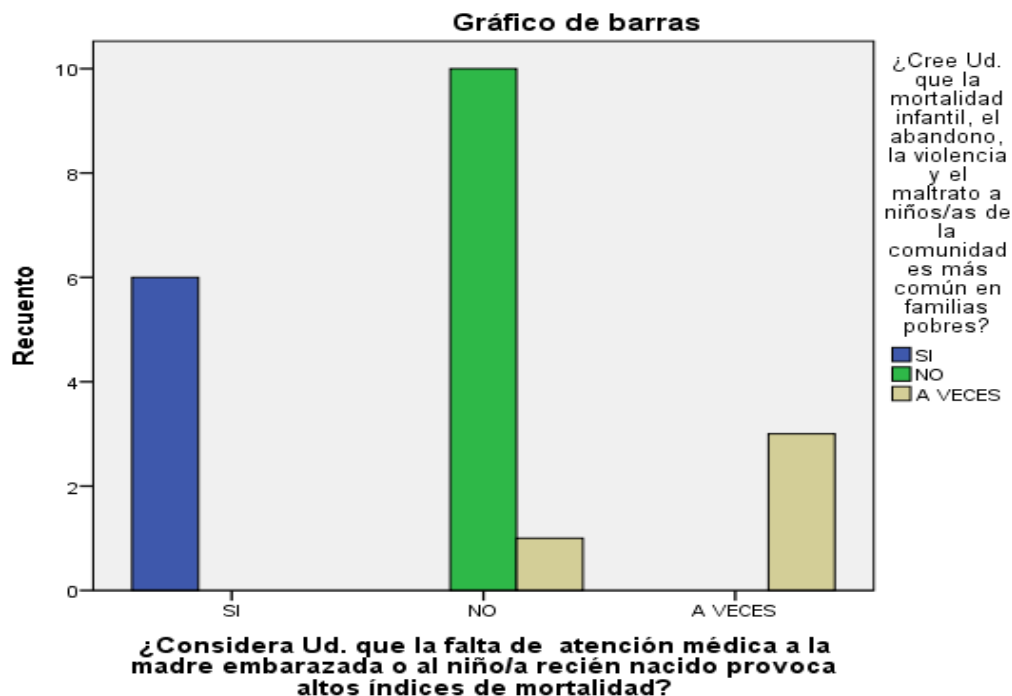
	¿Cree Ud. que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad es más común en familias pobres?			Total
	SI	NO	A VECES	
¿Considera Ud. que SI	6	0	0	6
la falta de atención NO	0	10	1	11
médica a la madre				
embarazada o al				
niño/a recién nacido A	0	0	3	3
provoca altos índices VECES				
de mortalidad?				
Total	6	10	4	20

Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

GRÁFICO No. 21 ATENCIÓN MÉDICA, MORTALIDAD INFANTIL Y POBREZA



Fuente: Encuestas aplicadas a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario

Elaborado por: Paola Mantilla García

Análisis e Interpretación.-

A partir de los datos alcanzados de las encuestas, éstas evidencian que 10 encuestados (50%) consideran que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad no es más común en familias pobres.

De igual manera 11 encuestados (55%) aseveran que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido no provoca altos índices de mortalidad.

El 50 % que corresponden a 10 encuestados consideran que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad no son más comunes en familias pobres así mismo que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido no provoca altos índices de mortalidad.

Quienes afirman que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad no son más comunes en familias pobres, afirman también que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido no provoca altos índices de mortalidad.

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

4.4.1 Planteamiento de Hipótesis

- Los menores indígenas menores de tres años pertenecientes a la Comunidad de Salasaca presentan mayor riesgo de padecer alteraciones en su desarrollo como consecuencia de la privación de estímulos biológicos y ambientales.

MODELOS LÓGICO Y MATEMÁTICO

Planteamiento de hipótesis nula y alterna

H_0 : Las variables: Cuidado y protección del niño/a y retraso en el desarrollo de los niños/a que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) no están correlacionadas.

$$H_0 = O = E$$

$$O - E = 0$$

H_1 : Las variables: Cuidado y protección del niño/a y retraso en el desarrollo de los niños/a que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) están correlacionadas.

$$H_1 = O \neq E$$

$$O - E \neq 0$$

4.4.2 Elección del estimador estadístico

Se utilizará el estimador estadístico Chi-cuadrado (X^2), cuya fórmula es:

$$X^2 = \sum \left| \frac{(O - E)^2}{E} \right|$$

4.4.3 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión

Nivel de confianza del **95%** y un nivel de significación $\alpha = 0.05$.

Grado de libertad: $gl = (c-1) (f-1)$.

$$gl = (3-1) (2-1)$$

$$gl = 2$$

$$gl = 5,9915 \text{ (visto en tablas)}$$

Regla de decisión: se acepta la hipótesis nula H_0 si el valor calculado de X^2_c es menor o igual al valor de X^2_t tabular (5,9915), caso contrario se la rechaza y se aceptará la hipótesis alterna H_1

Zona de aceptación y rechazo.

Se acepta H_0 si $X^2_c \leq 5,9915$ y se la rechaza si $X^2_c > 5,9915$

Tabla de contingencia ¿En los primeros meses de vida del niño/a ha observado alguna anormalidad, desviación o retraso en el desarrollo del niño? * ¿Durante los primeros años Ud. estuvo al cuidado y protección del niño/a?

TABLA No. 28 TABLA DE CONTINGENCIA

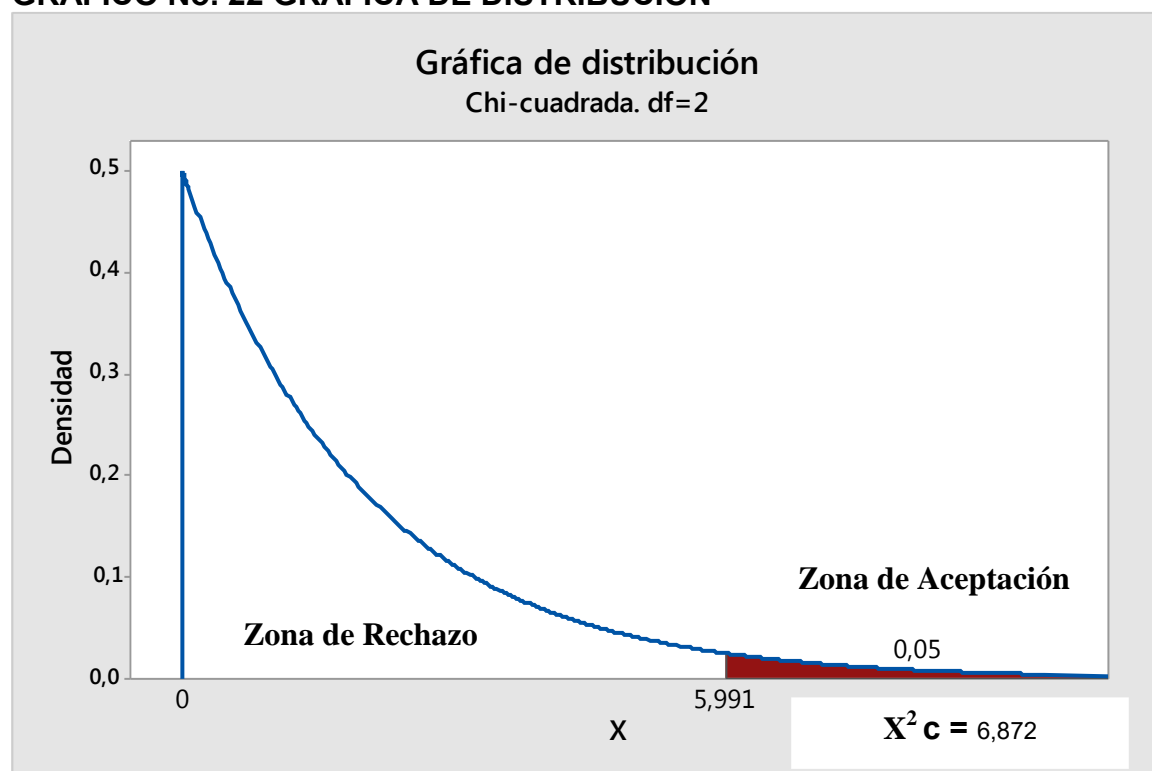
		¿Durante los primeros años Ud. estuvo al cuidado y protección del niño/a?			Total	
		SI	NO	A VECES		
¿En los primeros meses de vida del niño/a ha observado alguna anormalidad, desviación o retraso en el desarrollo del niño?	SI	Recuento	3	0	0	3
		Frecuencia esperada	,9	,4	1,7	3,0
	NO	Recuento	25	11	51	87
		Frecuencia esperada	27,1	10,6	49,3	87,0
Total	Recuento	28	11	51	90	
	Frecuencia esperada	28,0	11,0	51,0	90,0	

4.4.4. Cálculo de Chi-cuadrado

TABLA No. 29 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,872 ^a	2	,032
Razón de verosimilitudes	7,238	2	,027
Asociación lineal por lineal	5,955	1	,015
N de casos válidos	90		

GRÁFICO No. 22 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN



Elaborado por: Paola Mantilla García

4.4.5 Conclusión o Decisión final

Puesto que el valor de X^2 calculado ($6,872^a$) es mayor que el valor de Chi-cuadrado tabular ($5,9915$) y de acuerdo con la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir Las variables: Cuidado y protección del niño/a y retraso en el desarrollo de los niños/a que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) están correlacionadas.

Existen otras preguntas relacionadas que sustentan las hipótesis planteadas, cuyo análisis se detalla a continuación:

Modelos lógico y matemático

Planteamiento de hipótesis nula y alterna

H_0 : Las variables: Apoyo social del Estado y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir no están correlacionadas.

$$H_0 = O = E$$

$$O - E = 0$$

H_1 : Las variables: apoyo social del Estado y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir están correlacionadas.

$$H_1 = O \neq E$$

$$O - E \neq 0$$

4.4.6 Elección del estimador estadístico

Se utilizará el estimador estadístico Chi-cuadrado (X^2), cuya fórmula es:

$$X^2 = \sum \left[\frac{(O - E)^2}{E} \right]$$

4.4.7 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión

Nivel de confianza del **95%** y un nivel de significación **$\alpha = 0.05$** .

Grado de libertad: $gl = (c-1) (f-1)$.

$$gl = (3-1) (2-1)$$

$$gl = 2$$

$$gl = 5,9915 \text{ (visto en tablas)}$$

Regla de decisión:

Se acepta la hipótesis nula H_0 si el valor calculado de X^2_c es menor o igual al valor de X^2_t tabular (5,9915), caso contrario se la rechaza y se aceptará la hipótesis alterna H_1

Zona de aceptación y rechazo.

Se acepta H_0 si $X^2_c \leq 5,9915$ y se la rechaza si $X^2_c > 5,9915$

Tabla de contingencia ¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV? * ¿Existe apoyo social del Estado para satisfacer las necesidades básicas del niño y la familia?

TABLA No. 30 TABLA DE CONTINGENCIA

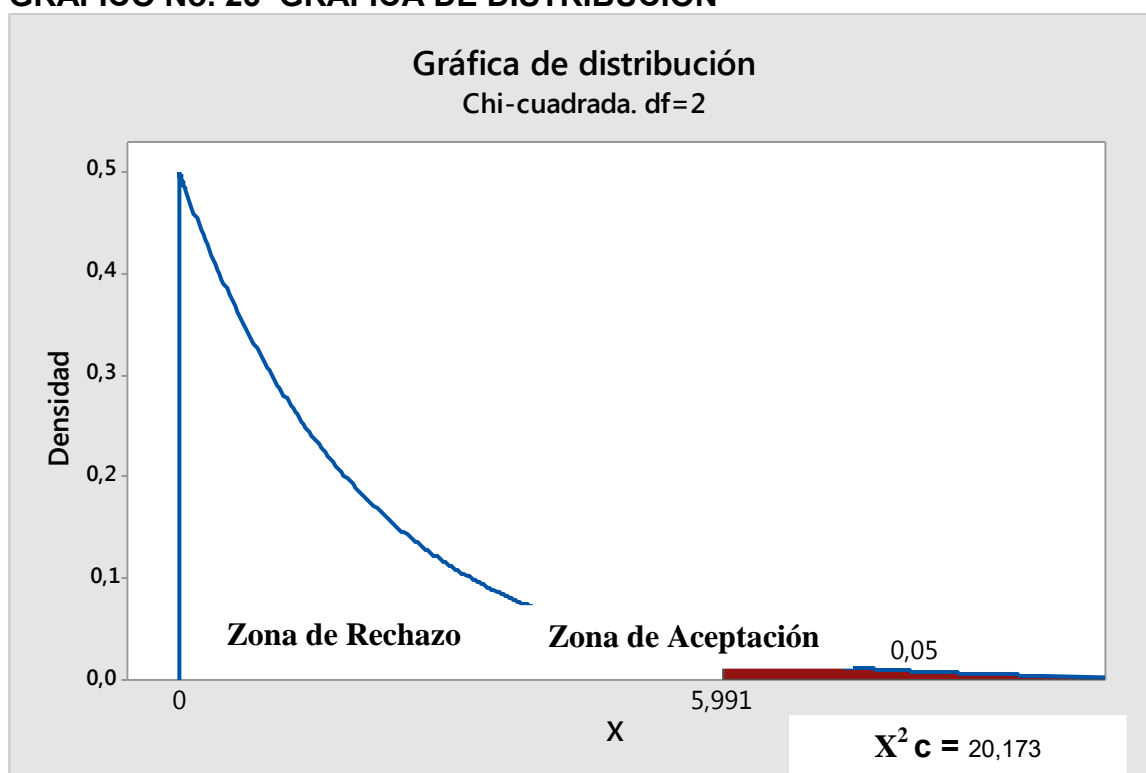
			¿Existe apoyo social del Estado para satisfacer las necesidades básicas del niño y la familia?			Total
			SI	NO	A VECES	
¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV?	SI	Recuento	2	31	0	33
		Frecuencia esperada	,7	23,8	8,4	33,0
	NO	Recuento	0	34	23	57
		Frecuencia esperada	1,3	41,2	14,6	57,0
	Total	Recuento	2	65	23	90
		Frecuencia esperada	2,0	65,0	23,0	90,0

4.4.8 Cálculo de Chi-cuadrado

TABLA No. 31 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,173 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	28,318	2	,000
Asociación lineal por lineal	19,934	1	,000
N de casos válidos	90		

GRÁFICO No. 23 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN



Elaborado por: Paola Mantilla García

4.4.9 Conclusión o Decisión final

Puesto que el valor de X^2 calculado (20,173) es mayor que el valor de Chi-cuadrado tabular (5,9915) y de acuerdo con la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir Las variables: apoyo social del Estado y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir están correlacionadas.

- ¿Considera Ud. que la afectividad es un factor importante que le permite al niño/a tener un desarrollo equilibrado en el aspecto físico, emocional y social?
- ¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV?

Modelos lógico y matemático

Planteamiento de hipótesis nula y alterna

H_0 : Las variables: Afectividad y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir no están correlacionadas.

$$H_0 = O = E$$

$$O - E = 0$$

H_1 : Las variables: Afectividad y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir están correlacionadas.

$$H_1 = O \neq E$$

$$O - E \neq 0$$

4.4.10 Elección del estimador estadístico

Se utilizará el estimador estadístico Chi-cuadrado (X^2), cuya fórmula es:

$$X^2 = \sum \left[\frac{(O - E)^2}{E} \right]$$

4.4.11 Determinación del nivel de significación, grados de libertad y regla de decisión

Nivel de confianza del **95%** y un nivel de significación **$\alpha = 0.05$** .

Grado de libertad: $gl = (c-1) (f-1)$.

$$gl = (3-1) (2-1)$$

$$gl = 2$$

$$gl = 5,9915 \text{ (visto en tablas)}$$

Regla de decisión:

Se acepta la hipótesis nula H_0 si el valor calculado de X^2_c es menor o igual al valor de X^2_t tabular (5,9915), caso contrario se la rechaza y se aceptará la hipótesis alterna H_1

Zona de aceptación y rechazo.

Se acepta H_0 si $X^2_c \leq 5,9915$ y se la rechaza si $X^2_c > 5,9915$

Tabla de contingencia ¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV? * ¿Considera Ud. que la afectividad es un factor importante que le permite al niño/a tener un desarrollo equilibrado en el aspecto físico emocional y social?

TABLA No. 32 TABLA DE CONTINGENCIA

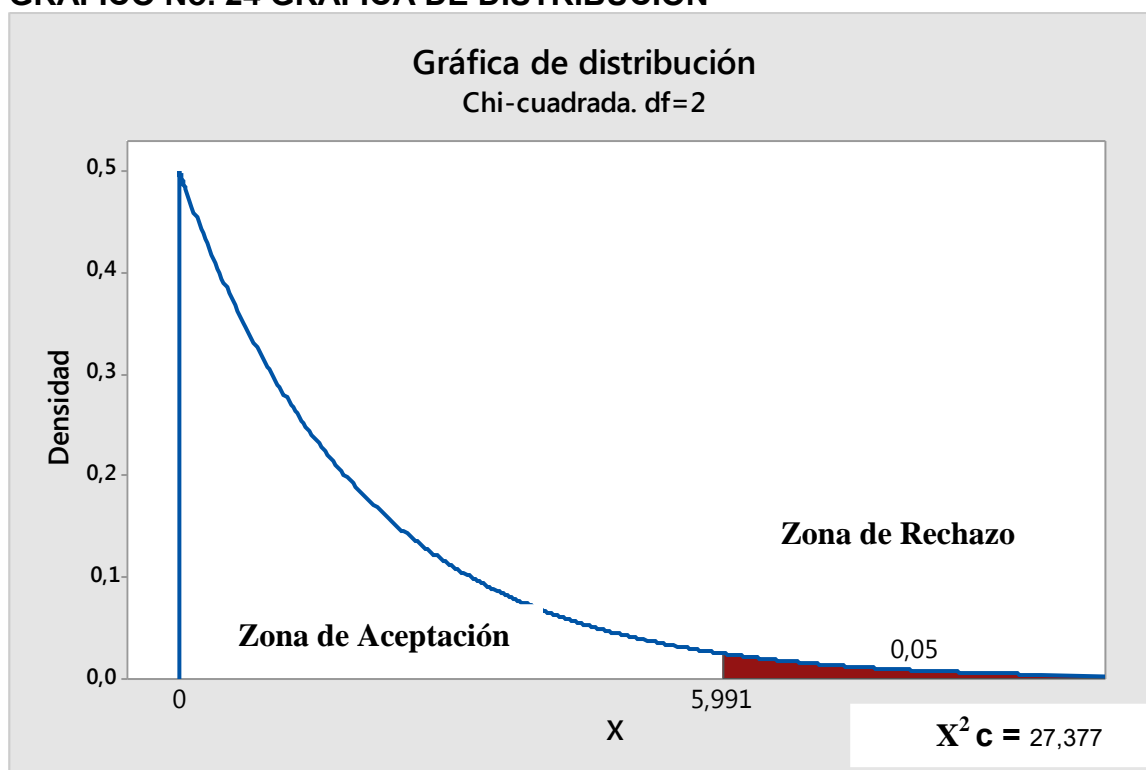
			¿Considera Ud. que la afectividad es un factor importante que le permite al niño/a tener un desarrollo equilibrado en el aspecto físico, emocional y social?			Total
			SI	NO	A VECES	
¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV?	SI	Recuento	33	0	0	33
		Frecuencia esperada	21,6	3,3	8,1	33,0
	NO	Recuento	26	9	22	57
		Frecuencia esperada	37,4	5,7	13,9	57,0
	Total	Recuento	59	9	22	90
		Frecuencia esperada	59,0	9,0	22,0	90,0

4.4.12 Cálculo de Chi-cuadrado

TABLA No. 33 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,377 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	37,329	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,445	1	,000
N de casos válidos	90		

GRÁFICO No. 24 GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN



Elaborado por: Paola Mantilla García

4.4.13 Conclusión o Decisión final

Puesto que el valor de X^2 calculado (27,377^a) es mayor que el valor de Chi-cuadrado tabular (5,9915) y de acuerdo con la regla de decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir Las variables: Afectividad y Desarrollo Infantil de los niños/a que asisten a un Centro Infantil del Buen Vivir están correlacionadas.

-
-
-

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 CONCLUSIONES

1. Luego de la realización del análisis e interpretación de los resultados del trabajo de investigación podemos manifestar que las Técnicas de Desarrollo Infantil que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad Indígena de Salasaca, dado su nivel de formación profesional manifiestan que:
2. Conocen la importancia del establecimiento del vínculo afectivo del niño/a con la madre en edades tempranas y de su influencia en la capacidad para establecer relaciones interpersonales saludables a futuro, igualmente indican que los factores socioemocionales y económicos son elementos que influyen directamente en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño/a.
3. Consideran que la carencia afectiva que presentan los niños/as de los CIBV de Salasaca de parte de sus padres, incide en su crecimiento y desarrollo adecuado, por cuanto la familia constituye la base fundamental para el desarrollo integral del niño/a través de la provisión de cariño, amor, atención y cuidados en salud, alimentación y educación.
4. Manifiestan que las condiciones precarias de vida de los niños /as que están al cuidado de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Salasaca, se convierten en una situación de riesgo, ya que no

están cubiertas todas las necesidades básicas para el desarrollo integral Infantil, así mismo expresan que la presencia de una talla inferior y que no está acorde a la edad del niño/a, es consecuencia de la mala nutrición, cuidado y atención del niño/a y prácticas de crianza de las madres de la comunidad de Salasaca.

5. Para las profesionales en Desarrollo Infantil es importante el ambiente familiar para el desarrollo de las potencialidades del niño/a, aún más si una de las funciones de la familia es la educativa, debe promover experiencias de aprendizaje enriquecedoras.
 6. Afirman que los problemas afectivos, de aprendizaje y conductuales que pueden presentar los menores de los CIBV de Salasaca, están relacionadas con la vida familiar, escolar y social, es decir la deprivación ambiental y cultural a la que están expuestos dificulta el bienestar emocional y social del niño/a.
 7. Existen criterios de las Técnicas de Desarrollo infantil afirmando que si el ambiente cuenta con todas las condiciones óptimas durante los primeros años de vida, favorecerá el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales en el niño/a.
 8. Expresan que las costumbres y tradiciones se transmiten de generación en generación en la Comunidad Indígena de Salasaca, para educar, cuidar y criar a sus hijos/as y que estas pautas de crianza dependen de lo vivido, aprendido y de su contexto cultural, éstas costumbres y tradiciones pesan más que
-

las técnicas de estimulación que se manejan y aplican científicamente en beneficio del desarrollo de sus hijos/as.

9. Afirman que los niños/as pequeños dependen totalmente de otros para su supervivencia, la atención y las buenas prácticas de cuidado son esenciales para el desarrollo óptimo físico, mental y emocional de los niños/as.
10. Consideran que los servicios de atención médica y nutricional es deficiente en la comunidad indígena de Salasaca, ya que existe escasez en la cobertura así como barreras en el acceso, lo que dificulta beneficiarse de un modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural y consecuencia de la falta de atención médica y nutricional durante el embarazo y al recién nacido, origina altos índices de mortalidad y es una de las principales causas de discapacidad.
11. Expresan que los padres de la Comunidad Indígena de Salasaca, dan mayor valor al trabajo, lo cual ocasiona que ellos no presten la atención necesaria en el cuidado y educación de sus hijos/as, muestran menos interés por aquellos factores ambientales, sociales y emocionales que rodean a su hijo/a y que intervienen positiva o negativamente en su desarrollo integral.
12. Indican que el desarrollo del niño/a de la comunidad de Salasaca está influenciado por el contexto cultural en el que se desenvuelve, el impacto en su desarrollo cognitivo como social es más significativo si este es positivo o negativo. Es innegable que su desarrollo está vinculado con los patrones culturales

propios de su comunidad, las prácticas sociales y a los diversos tipos de aprendizaje.

13. Consideran que la carencia de recursos económicos de las familias de la Comunidad de Salasaca, impide que cubran las necesidades fundamentales como alimentación, salud, educación y vivienda de su hijos /as, lo cual imposibilita que se garantice su desarrollo integral. Los niños de la Comunidad Indígena de Salasaca provienen de hogares con desigualdad económica y social, están expuestos a situaciones de maltrato, violencia, mortalidad, deserción escolar, desnutrición y exclusión; lo cual provoca la disminución de su bienestar social, retrasa su desarrollo y la calidad de vida.
14. Manifiestan que no han realizado ningún tipo de anamnesis que les permita tener un conocimiento profundo sobre el desarrollo del niño/a que asisten a los CIBV de Salasaca, así como de los antecedentes familiares para establecer las causas de las dificultades que presenta el niño/a, y con la recopilación de datos significativos plantear un proceso de intervención oportuno.
15. A la par los padres no se incluyen en los procesos de estimulación y educación de sus hijos/as lo cual obstaculiza la consecución de datos significativos del proceso de crecimiento y desarrollo del niño /a.

Del análisis e interpretación de los resultados del trabajo de investigación podemos manifestar que las Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad Indígena de Salasaca y de las madres de menores que

asisten a éstos Centros, dado su escaso nivel educativo y patrones culturales manifiestan que:

1. Desconocen la importancia del establecimiento del vínculo afectivo del niño con la madre en edades tempranas y consideran que la carencia afectiva no incide en el crecimiento y desarrollo adecuado del niño/a.
 2. Manifiestan que las condiciones precarias de vida de los menores que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir no se convierten en una situación de riesgo para los niños/as, tampoco dificultan su desarrollo.
 3. Expresan que una talla que no está acorde a la edad del niño/a no tiene relación con factores nutricionales, emocionales, económicos y sociales, tampoco guarda correspondencia con las prácticas de crianza de la Comunidad Indígena de Salasaca, consideran que no son elementos que influyen directamente en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños/as.
 4. Indican que el desarrollo de las potencialidades del niño/a de Salasaca no está relacionado con la vida familiar, escolar y social de la Comunidad, es decir desconocen que un ambiente sociocultural desfavorable dificulta el bienestar emocional y social del niño/a.
 5. Las Asistentes de Cuidado diario no dan valor e importancia al espacio físico en el que se desenvuelve el niño/a de la comunidad, el cual carece de elementos físicos y materiales que favorezcan su desarrollo biopsicosocial, integración, independencia e interacción con el medio que lo rodea.
-

6. Consideran que las costumbres y tradiciones de la Comunidad Indígena de Salasaca se transmiten de generación en generación para educar, cuidar y criar a sus hijos/as, estas costumbres y tradiciones de la comunidad pesan más que las técnicas de estimulación que se manejan en los CIBV y que se aplican en beneficio del desarrollo del niño/a.
 7. Consecuencia de su nivel de escolaridad manifiestan que falta de atención médica durante el embarazo y al recién nacido no origina altos índices de mortalidad.
 8. Expresan que los padres dan mayor valor al trabajo que realizan en la Comunidad de Salasaca y fuera de ella, lo cual ocasiona que ellos no presten la atención necesaria en el cuidado y educación de sus hijos/as, indican que el hecho que deban migrar por su situación económica no afectaría la salud mental, psicológica, rendimiento escolar y su nutrición de los niños/as.
 9. Opinan que la carencia de recursos económicos de los padres de niños que asisten a los CIBV de Salasaca les impide cubrir necesidades fundamentales como alimentación, salud, educación y vivienda para sus hijos/as, ésta deprivación dificulta desarrollo integral de esta población infantil.
 10. Resultado de su nivel socioeducativo y cultural, las Asistentes de Cuidado Diario, consideran que niños/as que son cuidados y atendidos en los CIBV Salasaca y que provienen de hogares con desigualdad económica y social no están expuestos a situaciones de maltrato, violencia, mortalidad y deserción escolar.
-

11. Manifiestan que los Centros Infantiles del Buen vivir CIBV de Salasaca no brindan atención integral a niños menores de tres años que viven en condiciones de pobreza, así mismo indican que los padres de éstos niños/as no se incluyen en los procesos de estimulación y educación de sus hijos/as lo cual obstaculiza la formación de vínculos emocionales, afectivos, autoestima y el comportamiento del niño/a.
 12. Las Asistentes de Cuidado diario dan a conocer que no han realizado ningún tipo de entrevista a los padres de los niños de los CIBV de Salasaca, lo cual les obstaculiza tener datos e información sobre el curso del desarrollo de sus hijos/as, así como de los antecedentes familiares.
 13. La mayoría de madres de menores de los CIBV de Salasaca, no estuvieron de forma permanente al cuidado y protección de su hijo, lo cual disminuye acciones de parte de éstas madres que garanticen su protección, apoyo y cuidado en salud, nutrición así como también en los aspectos físicos, psicosociales y cognitivos que le conlleven a un desarrollo infantil óptimo.
 14. Las madres expresan que sus hijos/as no ha presentado ninguna anomalía en su desarrollo. La percepción de las madres puede obedecer al escaso conocimiento acerca de los procesos de desarrollo biopsicosocial de los niños/as.
 15. Igualmente la mayoría de madres de la comunidad, consideran que sus hijos/as no han tenido cambios positivos en su desarrollo al asistir al CIBV.
-

16. Las Madres de la comunidad expresan que no se cuenta con suficientes programas de desarrollo infantil, para sus hijos/as que les permita tener mejor calidad de vida por parte del Estado
17. La mayoría de madres resaltan la importancia de la afectividad en el desarrollo integral de sus hijos /as.

Del análisis e interpretación de los resultados de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley podemos manifestar que:

1. Los menores en la primera infancia de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de la Comunidad Indígena de Salasaca presentan riesgo de padecer alteraciones en su desarrollo, esto de acuerdo a los resultados del test de Bayley encargado de medir dichas dimensiones.
2. Se concluye que la mayoría de los menores tienen un escaso desarrollo de sus habilidades lingüísticas, por lo tanto se debe implementar estrategias adecuadas para la estimulación del lenguaje, existe una interferencia lingüística que hace que los menores estén entrando en un proceso de aculturamiento, donde el idioma español es detrimento de su lengua materna Kichwa, esta interferencia incide en que los menores no hablen correctamente ninguna de las dos lenguas.
3. Existen dificultades en el desarrollo emocional y social, consecuencia de la carencia afectiva en la relación madre – hijo en edades tempranas, la privación afectiva que se presenta es producto de la situación educativa y laboral, puesto que son madres de escasos recursos económicos, quienes pasan largas horas de trabajo artesanal, agrícola y doméstico para su sustento, dedicando muy poco tiempo al cuidado y atención de sus hijos.

4. Las correlaciones encontradas entre las distintas subescalas del test de Bayley, sugieren que los distintos aspectos medidos se encuentran dentro de la franja considerada como una leve demora en su desarrollo.
 5. Las puntuaciones obtenidas en desarrollo cognitivo son mucho más homogéneas, en tanto que las puntuaciones en su desarrollo motor grueso y fino son más heterogéneas y dispersas, lo cual indica que existe gran diferencia entre el desarrollo motor de los menores.
 6. Estos resultados confirman también la necesidad de la intervención temprana para menores indígenas en la primera infancia, ya que sin un proceso de evaluación, seguimiento y estimulación persistirían sus niveles bajos de desarrollo por la influencia de factores ambientales.
 7. La cualificación de los profesionales: Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario que atienden a la infancia en las comunidades indígenas influye en la identificación del riesgo socio ambiental.
 8. Podemos concluir que la leve demora en el desarrollo de los menores en la primera infancia de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la comunidad indígena de Salasaca, se debe a la influencia de factores ambientales.
-

9. Nuestra atención debe estar dirigida a procesos de intervención que valore y mejore la calidad ambiental, dentro de estos procesos la actuación de los padres como agentes de cuidado y educación de sus hijos/as, igualmente con los profesionales de los CIBV's, encargados de la atención a la primera infancia.

5.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como consecuencia del trabajo de investigación realizado y de los resultados alcanzados se proponen las siguientes líneas de investigación:

- Es trascendental que se implanten protocolos de detección temprana de trastornos en el desarrollo infantil que permitan prevenir, detectar, diagnosticar e intervenir oportunamente en la población infantil considerada de alto riesgo. Protocolos que deber ser instituidos en los servicios de salud, sociales, educativos y socializados en el medio familiar, puesto que este es el contexto natural donde se desenvuelve el niño/a e interactúa con todos los miembros de la familia, por lo que se considera un elemento básico para la observación y vigilancia del desarrollo del niño/a, con la finalidad de detectar la presencia de alguna desviación o retraso en su proceso de crecimiento y desarrollo.
- Consideramos importante el diagnóstico en Atención Temprana, entendiéndolo como un proceso que debe observar diferentes ámbitos, niveles y el origen multifactorial de los trastornos en el desarrollo infantil, en el cual interactúan diferentes factores biológicos, psicológicos, educativos y ambientales. El diagnóstico

debe ser integral y constituirse en la base de la intervención acertada, eficaz y eficiente en el área sanitaria, educativa y social.

- Corresponde crear espacios de reflexión y análisis sobre el proceso de comunicación del diagnóstico del niño/a, que debe ser informado a los padres y al resto de la familia ante la posible aparición de trastornos en su desarrollo. La comunicación diagnóstica constituye un aspecto importante dentro de la Atención Temprana, por ello es imprescindible que este proceso de comunicación sea llevado a cabo por profesionales expertos en el tema familiar, en el lugar y momento adecuado.
 - Se propone que se elaboren planes y programas de intervención temprana, integración e inclusión de la población infantil con trastornos en el desarrollo, este proceso de intervención terapéutica debe realizarse inmediatamente a la sospecha de la presencia de desviaciones en su desarrollo, considerando su proceso evolutivo, sus fortalezas y debilidades; al mismo tiempo debe darse dentro de un marco de respeto a la diversidad social, cultural, educativa y económica de este sector de la población.
 - Proporcionar espacios de capacitación en el ámbito de la detección, diagnóstico e intervención a la población infantil indígena durante la primera infancia en el contexto de la Atención Temprana, esta formación debe estar vinculada a los patrones culturales de la comunidad y del idioma Kichwa como lengua de relación intercultural.
 - Plantear la sistematización de protocolos de detección, diagnóstico y derivación de la población infantil con trastornos en el desarrollo a servicios de salud, social y educación, que facilite la
-

coordinación e interrelación con las instituciones encargadas del cuidado, atención y protección de los niños y niñas en situación de riesgo y con sus equipos interdisciplinarios, con el objetivo de brindar mayor cobertura y calidad en sus servicios, igualmente que permita realizar un seguimiento de los avances en el tratamiento terapéutico e intervención temprana en niños y niñas durante la primera infancia.

- Como resultado de nuestra investigación consideramos significativo analizar y reflexionar acerca de la influencia del nivel educativo, económico, social y patrones culturales arraigados de las comunidades indígenas en el cuidado y atención en sus hijos/as, así como también su escaso involucramiento en los procesos de Atención Temprana.
- Finalmente asegurar la calidad de atención temprana a niños y niñas durante la primera infancia en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) ubicados en Comunidades Indígenas, que cumplan con: estándares de calidad, monitoreo permanente del servicio que ofrece, perfiles profesionales calificados en educación infantil, además que cuenten con experiencia en atención a niños /as con trastornos en el desarrollo y/o discapacidad y dominio del idioma Kichwa.
- Manejar procesos e instrumentos de evaluación del desarrollo en la primera infancia, derivación e intervención y participación familiar; así mismo proporcionar alimentación balanceada y nutritiva, espacios funcionales, material didáctico adecuado y seguridad ambiental.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE INNOVACIÓN

DATOS INFORMATIVOS:

NOMBRE DEL PROGRAMA:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA MENORES EN LA PRIMERA INFANCIA DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO Y AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA – PROVINCIA DE TUNGURAHUA.

LOCALIZACIÓN: Provincia de Tungurahua, Cantón Pelileo, Parroquia Salasaca, Comunidad Indígena de Salasaca.

FINALIDAD DEL PROGRAMA: Plantear un programa de intervención temprana para menores de cero a tres años, que no han alcanzado los hitos de desarrollo esperados para su edad debido a la influencia de factores biológicos y ambientales del contexto en el cual se desenvuelven, por lo cual presentan trastornos en su desarrollo o tienen el riesgo de padecerlos y se les considera población vulnerable, a través de la detección e intervención oportuna en el ámbito familiar, social - educativo y sanitario.

DURACIÓN: Todo el año

ENTIDAD EJECUTORA: Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES – Tungurahua.

PROPONENTE DEL PROYECTO: Paola Mantilla García.

POBLACIÓN BENEFICIARIA

Directos: Menores de tres años de la Comunidad Indígena de Salasaca, Madres de Familia de la Comunidad, Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Salasaca (CIBV).

Indirectos: Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's) del centro del país.

IMPACTO

Problemática Comunitaria y Aporte del Programa de Intervención Temprana: A través de este Programa de Intervención Temprana con un enfoque preventivo y asistencial se pretende brindar una cobertura global aquella población infantil indígena de la Comunidad de Salasaca, que presenta trastornos en su desarrollo o tienen el riesgo de padecerlos, interviniendo no solamente en el niño/a sino también en el contexto en el que se desenvuelve, proporcionando todos los recursos y medios necesarios para que desarrolle todas sus capacidades , mejore su calidad de vida y tenga una plena integración familiar, escolar y social.

PERÍODO DE EJECUCIÓN: Años 2015 – 2016

RELACIÓN CON LA POLÍTICAS PÚBLICAS DEL ESTADO ECUATORIANO: Constitución (2008), Código de la Niñez y Adolescencia (2003), Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) y Desarrollo Infantil Integral como Política de Estado (13 de Octubre del 2013).

FECHA DE INICIO: Septiembre 2015

FECHA DE FINALIZACIÓN: Indefinido

LUGAR DE EJECUCIÓN: Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV – Salasaca

6.1 TEMA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA MENORES EN LA PRIMERA INFANCIA DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO Y AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA.

6.2 ANTECEDENTES

El Estado Ecuatoriano instauro dentro de sus objetivos, proporcionar directrices, lineamientos y herramientas que favorezcan el máximo desarrollo de las potencialidades de niños, niñas y adolescentes, dentro de un ambiente familiar, social, sanitario y educativo adecuado. Siendo el responsable de velar por el bienestar y cumplimiento de los deberes y derechos de los niños, niñas y adolescentes, promulga leyes que contribuyan al buen vivir de la población, entre ellas se encuentran: la Nueva Constitución del año 2008, el Código de la Niñez y Adolescencia (2003), Plan Nacional del Buen Vivir (2013 – 2017), asimismo en el año 2012 se declara al Desarrollo Infantil Integral como una Política de Estado.

A través del Decreto Ejecutivo 1170 del año 2008, se crea el Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), entidad que concentró varios organismos encargados del cuidado y atención de la población infantil, entre las

cuales estuvieron: Operación Rescate Infantil (ORI), Fondo de Desarrollo Infantil (FODI), Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA), Dirección de Atención Integral a Niños y Adolescentes (DAINA).

Esta centralización de organismos pretendía resolver problemas relacionados a la duplicidad de recursos, falta de integración de programas de Desarrollo Infantil e inexistencia de modelos y políticas públicas en Desarrollo Infantil.

De esta manera el MIES – INFA reestructura los procesos concernientes al Desarrollo Infantil y Educación Inicial, definiendo las competencias del MIES-INFA y del Ministerio de Educación, con el propósito de mejorar la calidad en los servicios de atención infantil.

La gestión del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), se enfoca en mejorar los servicios de Desarrollo Infantil destinados a menores en situación de riesgo, por medio de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).

A partir de enero del 2011 el MIES a través de su Programa de Desarrollo Infantil, plantea conservar solamente las dos modalidades de atención, como son los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y crear un modelo atención unificado tanto para servicios públicos como privados, que cumplan con estándares de calidad referentes al cuidado y atención diaria, nutrición, salud, educación inicial, recreación y procesos de capacitación a la familia, así mismo contar con un equipo técnico en desarrollo infantil,

que se encargue de la evaluación, seguimiento y control de las modalidades de atención infantil a la primera infancia.

Estas modalidades obligatoriamente debían estar articuladas con el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Económica y Social y El Ministerio de Salud Pública, con el Ministerio de Educación (MINEDUC), el cual define las estrategias, el currículo y los estándares de calidad en el ámbito de la Educación Inicial y finalmente con el Ministerio de Salud Pública MSP responsable del Componente de Salud de la población ecuatoriana.

El Código de la Niñez y Adolescencia establece en sus artículos 28,29 y 55, que todos los niños, niñas y adolescentes con retraso en su desarrollo, discapacidad física, mental y sensorial, deben recibir obligatoriamente atención multidisciplinaria en diagnóstico e intervención, que les permita el desarrollo de sus capacidades, formación de una personalidad segura, y sobre todo autonomía para desenvolverse adecuadamente en la sociedad de acuerdo a su estado o condición.

El libro de la Política Pública de Desarrollo Infantil Integral (MIES), plantea “garantizar el desarrollo integral de la primera infancia a menores de cinco años”, partiendo de un diagnóstico general de la situación de la niñez y del marco constitucional, institucional y legal.

De la misma manera en el Plan Nacional del Buen Vivir, en la meta 2.6 hace referencia a la universalización de la cobertura de programas en la primera infancia para menores de cinco años, en situación de pobreza y alcanzar un 65% a nivel del país.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES cumpliendo con el mandato constitucional y en base a las competencias que le asisten, busca proporcionar servicios de calidad para la primera infancia, particularmente aquella población que se encuentra en situación de desventaja socioeconómica. Se prioriza este período de cero a treinta y seis meses de edad, afianzando las políticas de atención e inversión encaminados a promover programas de desarrollo infantil integrales, sistematizados, reglamentados y coordinados intersectorialmente.

En base a lo que estipula la Constitución del año 2008 y la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011), el MIES considera que la familia es la responsable del cuidado y crianza de sus hijos e hijas, procurando su bienestar y una mejor calidad de vida.

La Política Pública de Desarrollo Infantil se orienta a lograr una atención integral a menores en la primera infancia, en un trabajo conjunto y comprometido con la familia, la sociedad y el Estado Ecuatoriano para beneficiar su máximo desarrollo, a través de servicios de atención infantil públicos y privados, proyectos y programas de Intervención Temprana que cumplan con altos estándares de calidad.

Como se puede observar las Políticas Públicas orientadas a favorecer el desarrollo óptimo de menores en la primera infancia son relativamente nuevas, los esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población infantil, se ven reflejados en el establecimiento de lineamientos operativos de los Centros de Infantiles del Buen Vivir (CIBV), que garanticen el desarrollo integral de nuestros menores, en condiciones de igualdad, inclusión y equidad en la diversidad , por

medio de programas de atención temprana que beneficien el proceso de desarrollo integral.

Con estas consideraciones se presenta en nuestro país mayor impulso para la implementación y funcionamiento de servicios públicos y privados de desarrollo infantil integral para menores de 0 a 36 meses de edad, de acuerdo a lo estipulado en la Constitución de la República del Ecuador, en sus artículos 44 y 46, numeral 1.

Los instrumentos legales que reglamentan el Desarrollo Infantil Integral se enmarcan con estas normativas legales vigentes como son: Constitución de la República del Ecuador, Plan Nacional del Buen Vivir, Código de la Niñez y Adolescencia, Política Pública de Desarrollo Infantil Integral, Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral, Modelo de Gestión de Desarrollo Infantil Integral, Guía Teórico Metodológica de los Servicios de Desarrollo Infantil Integral, Protocolos e Instrumentos.

El Programa de Intervención Temprana para menores en la Primera Infancia de Alto Riesgo Biológico y Ambiental que se propone como resultado de esta investigación, está en relación con los factores diferenciales de riesgo, habilidades que posee, contexto familiar, educativo, sanitario y social, así como también de acuerdo a la edad que el niño o la niña tiene en el momento en el que se va a intervenir. Estos programas deben estar destinados a sectores más vulnerables, en donde existe mayor necesidad y en el cual se tendrá mayor impacto.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente son indiscutibles las acciones que ha emprendido el Estado Ecuatoriano en cuanto a inversión pública para programas de

atención infantil integral para menores de tres años, puesto que invertir en este ciclo de vida traería beneficios directos para su desarrollo y réditos a futuro a nuestro país.

En este sentido el Desarrollo Infantil Integral debe ser el resultado de la intervención de la familia, la comunidad y el estado de una manera comprometida y coordinada, que permita un cuidado y atención de calidad en esta etapa inicial, facilitando condiciones apropiadas como salud, educación y desarrollo socio – económico que estén al alcance de este sector de la población.

La educación y estimulación que se brinden durante los primeros años de vida de los menores, son determinantes para que se alcance un nivel de desarrollo motor, intelectual, socio – afectivo y lenguaje óptimo, de la misma manera influyen directamente en su desempeño escolar y mejora el desarrollo de habilidades y destrezas.

A la par de estas acciones si se garantiza una adecuada alimentación, se cimientan bases fisiológicas sanas que le permitirán a la población infantil tener un desarrollo integral adecuado.

La atención al Desarrollo Infantil Integral en esta etapa de vida, trae mayores beneficios sociales que en etapas posteriores, ya que permite extender la educación inicial a todos los sectores de la población del Ecuador y reduce la pobreza.

La pobreza conjuntamente con la inequidad social constituyen uno de los problemas más apremiantes que aqueja a nuestra sociedad y que afecta directamente a la estabilidad económica de las familias, por ello a través de la inversión en desarrollo infantil especialmente en los

tres primeros años de vida se constituyen en una estrategia efectiva para reducir la desigualdad socio – económica en todos los estratos de nuestro país.

Según el Banco Mundial (2005) “Son inversiones que no presentan el dilema de escoger entre equidad y eficiencias, y entre justicia y productividad económica, ya que la prestación de servicios a la primera infancia es benéfica en todos los sentidos”.

Por lo tanto dar prioridad al Desarrollo Infantil a través de la implementación de modalidades y programas de atención a la primera infancia, es uno de los argumentos que justifican la ejecución de programas de evaluación, detección, seguimiento e intervención temprana, priorizando oportunidades de desarrollo humano, respetando los derechos de la población infantil menor de tres años y brindando atención de calidad, además debe estar en concordancia con el trabajo comprometido de la familia, la comunidad y el estado.

Siendo la familia el principal actor en el Desarrollo Infantil, debe asumir con responsabilidad el cuidado y atención desde el momento mismo de la concepción, nacimiento, crecimiento y desarrollo y crianza hasta que alcance la plena madurez y autonomía para desenvolverse en el contexto social.

Como resultado de esta investigación se plantea primordialmente el diseño de un programa de intervención temprana dirigido a menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental, que esté en concordancia con las costumbres, tradiciones y lengua de la comunidad indígena de Salasaca y con el carácter científico de la estimulación

temprana, los cuales debe contribuir al desarrollo infantil integral de este sector vulnerable de la población.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Plantear sobre la base de nuestra investigación de la realidad, un programa de intervención temprana multi-profesional integrado y sistematizado, que optimice la calidad de atención infantil, que promueva el desarrollo en la primera infancia y que ayude a prevenir secuelas posteriores en menores de alto riesgo biológico y ambiental, que asisten a Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad Indígena de Salasaca, Provincia de Tungurahua.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Favorecer el desarrollo infantil Integral durante la Primera Infancia, a través de acciones preventivas que eliminen o disminuyan posibles secuelas en su desarrollo, consecuencia de la privación de estímulos socio-ambientales.
- Partir del diagnóstico temprano del crecimiento y desarrollo del niño y la niña durante la primera infancia, así como también de la valoración de la familia y de su contexto, con el objetivo de intervenir lo antes posible y lograr su desarrollo óptimo.
- Considerar la diversidad cultural, económica, social, inclusión y equidad de género en la ejecución de acciones de intervención temprana en menores en situación de riesgo y vulnerabilidad, así como también de sus familias que viven en condiciones de

pobreza y extrema pobreza en la Comunidad Indígena de Salasaca.

- Capacitar a padres y madres de familia para que desarrollen habilidades que les permita mejorar la crianza y educación de sus hijos e hijas y que den respuestas inmediatas a las necesidades que presentan los infantes, por medio de su participación activa e influencia positiva.
- Favorecer la vinculación entre padre – madre y niño/a, a través del conocimiento de las pautas generales de desarrollo normal y de la realización de actividades de intervención temprana en el hogar, dentro de un ambiente favorable para el desarrollo infantil.
- Adiestrar a Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado diario que se encuentran a cargo de menores de tres años en situación de riesgo, en la aplicación adecuada de actividades de intervención temprana que contribuyan a su desarrollo integral y armónico.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Promover el desarrollo integral de menores con la intervención de la familia y la corresponsabilidad de la comunidad y el Estado, son competencias que le confieren el mandato constitucional al Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES a través de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral, lo cual implica acciones efectivas, decididas, coordinadas e intersectoriales de este organismo.

La predisposición para impulsar la Política Pública de Desarrollo Infantil Integral se ve reflejada en la apertura para la realización de esta investigación en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV de Salasaca, así como también en la voluntad de sus Autoridades para la implementación del Programa de Intervención Temprana para menores en la Primera Infancia de alto riesgo biológico y ambiental desde una perspectiva intercultural, de respeto a la diversidad y equidad de género.

Para la ejecución del Programa de Intervención temprana se cuenta con el apoyo administrativo y técnico por parte del MIES, los espacios y la infraestructura ya definida en los lugares donde funcionan las unidades de atención de Salasaca, adicionalmente se realizará un trabajo conjunto con equipo técnico (Coordinadoras y Educadoras) de ésta Entidad del Estado.

6.6 FUNDAMENTACIÓN

6.6.1 Intervención Temprana

La Atención o Estimulación Temprana tiene su origen en los años cincuenta y sesenta. En los años sesenta con los cambios socio-políticos, económicos y educativos se instituye este modelo de intervención que se le llamó Estimulación Precoz.

En el aspecto socio- laboral con la creación de centros infantiles y de cuidado diario, posibilitaron la incorporación de la mujer en el ámbito laboral, en el aspecto socio – cultural también se dieron cambios relevantes en la práctica de valores en la familia y en la sociedad. A la par de estos aspectos, en el ámbito jurídico se produjeron cambios

importantes en la justicia social, lo cual favoreció a la disminución de la explotación laboral de la población infantil.

Uno de los hechos más notables fue la Declaración de los Derechos de los Niño en 1959, que permitió la realización de reformas de políticas sociales, económicas y educativas, las mismas que se incorporaron en programas y servicios de atención a la infancia.

La Declaración de los derechos del Niño promueve el cambio de actitud hacia el trato y cuidado de los menores con discapacidad o trastornos en su desarrollo y manifiesta que:

“El niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Los programas de educación temprana se crearon originalmente para dar atención a niños de escasos recursos económicos y a sus familias. Fue Friedrich en Alemania en los años 1800s en donde se estableció el concepto de jardín de infantes y en el año 1872 en Estados Unidos se instituyó el primer programa público de jardín de infantes como un servicio de atención y cuidado a la niñez, con el propósito de brindar bienestar bio- psico-social a menores en situaciones desfavorables.

Finalmente el concepto de guardería infantil se implantó a principios del año 1900 en Europa. Asimismo María Montessori estableció la atención temprana y enfocó su trabajo en niños con retraso mental, utilizando como estrategias de aprendizaje la intervención activa y el ambiente donde se desenvuelve. Sin embargo los programas

destinados a la niñez temprana y en apoyo a las madres que realizaban alguna actividad laboral, fueron suspendidos hasta el año de 1960.

Investigaciones en el campo de la Neurología Evolutiva, Psicología del Desarrollo y otras disciplinas científicas como la Psiquiatría, Pedagogía, Lingüística y Pediatría, constituyen la base teórica y científica del origen de la Atención Temprana.

Igualmente las bases científicas de la Atención Temprana se respaldan en lo que se denomina dentro del ámbito de la Neurología como la Rehabilitación temprana de la plasticidad del cerebro desde los primeros años de vida y el aprovechamiento funcional de todas las estructuras del Sistema Nervioso Central SNC, que guardan el funcionamiento normal o aquellas vinculadas con el daño cerebral (Dr. Katona Instituto Pediátrico de Budapest).

En España en la década de los 70 se destacan investigaciones relacionadas con la Atención Temprana con el Dr. Villa Elizaga (Madrid y Navarra) en la disciplina científica de la Neonatología, Dr. González Mas (Madrid) en el campo de la Rehabilitación, Dr. García Aymerich (Valencia) desde el enfoque de la Psicopedagogía, y en el año de 1973 en Madrid se realizó el primer curso teórico práctico en Estimulación Precoz (Carmen Gayarre). Se resalta también los trabajos del Dr. Corominas y Cantavella (Cataluña).

6.6.2. Modelos de Intervención

En la actualidad los Modelos de Intervención Temprana, se fundamentan en el Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979), en el cual prevalece principalmente la relación y el vínculo afectivo entre el niño/a

con sus padres. Además se insiste en la importancia de la interacción del niño con el medio ambiente como una fuente de aprendizaje en el contexto natural en el que se desenvuelve, con el propósito de alcanzar mejores niveles cognitivos y de adaptabilidad, al mismo tiempo plantea la ejecución de actividades de la vida diaria del niño/a.

6.6.2.1 Modelo Ecológico – Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana

Al final de la década de los 90 el profesor Urie Brofenbrenner (Departamento de Desarrollo Humano y Estudios sobre la Familia – Universidad de Cornell, New York), publica su obra titulada: “La ecología del desarrollo humano” que enfatiza la importancia de la influencia del medio ambiente en el cual nos desenvolvemos, además considera al ser humano como un ente dinámico y en desarrollo. Igualmente este postulado afirma que se produce una acomodación recíproca entre el ser humano en proceso de desarrollo y los entornos variables en los que vive implicándose activamente.

El Modelo Ecológico concibe la evolución del niño/a como un proceso de interacción entre el niño/a y su entorno resaltando sus acciones y su rol, según (Fuertes y Palmero 1998) manifiestan que el desarrollo del niño no puede ser observado solamente desde la perspectiva de su comportamiento en forma aislada o fruto de su maduración, sino que debe estar en relación en el ambiente en el que se desenvuelve. A la par destaca la influencia del sistema familiar y del contexto en el desarrollo de los infantes, las relaciones socio afectivas entre padres e hijos son transcendentales para alcanzar un desarrollo integral y armónico de los niños/as.

Estas consideraciones han servido de base para la definición de la Atención Temprana como un conjunto de actuaciones centradas en la familia, en la comunidad y no exclusivamente en el niño/a. (Fuertes y Palmero, 1998, Odom y Kaiser, 1997).

En este modelo se enfatiza también, que los servicios sociales deben estar a disponibilidad de los padres y considerar al mismo tiempo la individualidad de cada familia, tampoco se puede dejar de lado en estos programas de intervención temprana la importancia de la interacción entre padres e hijos y como estos procesos favorecen a su desarrollo.

6.6.3 Fundamentación Legal

6.6.3.1 Marco legislativo de la Atención Temprana

La Atención Temprana se encuentra regulada por medio de un marco jurídico internacional, estatal y regional que organiza su funcionamiento y desarrollo. A partir del año de 1959 en el cual la ONU instituye la Declaración de los Derechos del niño, señalando que: “el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiera su caso particular” (ONU, 1989), la atención temprana alcanza notabilidad.

En los años 70 surgen las primeras experiencias referentes a la Estimulación Precoz en Europa y América. Posteriormente en el año de 1978 se introduce el término de necesidades educativas especiales (nee) (Warnock, 1978).

En Europa particularmente en España, el marco legal que legitima la atención temprana se encuentra la Constitución de 1978, la Ley de

Integración Social de Minusválidos (LISMI, 1982) y el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad (1978).

En la Comunidad de Madrid se han desarrollado los siguientes planes:

- Plan de Atención a la Discapacidad en la Comunidad de Madrid 1996 – 1999.
- Segundo Plan de Acción Estatal para personas con discapacidad 2004 – 2008.
- Tercer Plan de Acción Estatal para personas con discapacidad 2009 – 2012.

6.6.3.2 Legislación Internacional

Declaración de los Derechos del Niño, tratado internacional aprobado el 20 de noviembre de 1959 por los 78 Estados que conformaban la Organización de las Naciones Unidas (ONU), basada en la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del niño 1924. En el año 1989 se firma la Convención de los Derechos del niño concentrando 54 artículos, reconociendo al niño y la niña como un “ser humano capaz de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad.

Su principio V establece que: *“el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiera en su caso particular”*

Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud

En mayo de 1976 se aprueba la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se implantan las definiciones de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

Deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía es una situación de desventaja para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas

El 3 de diciembre de 1982 en el cual se aprobó el Programa de Acción Mundial para personas con discapacidad, prevaleciendo medidas de prevención y rehabilitación.

Resolución 48/96 Asamblea General de las Naciones Unidas, del 20 de diciembre de 1993, dónde se aprueban normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para personas con discapacidad.

Declaración de Salamanca

Conferencia Mundial sobre las Necesidades Educativas Especiales, Acceso y Calidad realizada en Salamanca - España el 10 de Junio de 1994, en ella se reafirma el derecho que tienen todas las personas a la educación (Educación para Todos), recordando que el estado tiene la obligación de proporcionar educación a niños, jóvenes y adultos con

necesidades educativas especiales y que esta educación forme parte del sistema educativo común.

Adicionalmente los Servicios de Atención Temprana se pueden fundamentar en los artículos 23 de los Derechos de los niños discapacitados, 24 el Derecho a la Salud y la Atención Médica y el artículo 28 el Derecho a la Educación, de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, adoptado el 20 de Noviembre de 1989.

6.6.3.3 Legislación Europea

Se detalla tratados y declaraciones europeas para personas con discapacidad, documentos importantes dentro del Derecho Internacional Público.

Carta Europea de los Derechos del Niño de 1992

Considera que las particularidades de su entorno familiar y social influyen en el desarrollo del niño/a durante su infancia y en su vida posterior como adulto, la familia es la base para el desarrollo armónico de la personalidad del infante.

Los derechos de los menores así como los deberes del Estado y la Sociedad surgen a partir de las necesidades específicas que presentan, por lo tanto es imprescindible proteger y garantizar el bienestar de los menores.

Resolución 84/3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa

En el año de 1984 surge una política sobre la integración de personas con discapacidad, se implanta la resolución 84/3 adoptada el 17 de septiembre de 1984 y patrocinada por el Comité de Ministros, en la cual se establece políticas encaminadas a la rehabilitación de personas minusválidas, fue remplazada por la resolución 92/6 de 1992 en la que se delinea políticas para minusválidos con planes a largo plazo.

Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea

Declarada en Diciembre del 2000, ésta Carta en su artículo 26 expresa que se: “reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad.” Asimismo manifiesta que las personas no deben ser discriminadas por su discapacidad.

Guía europea de Buena Práctica hacia la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad Helios II Comisión Europea

Esta guía de buena práctica Helios II pretende que los Estados miembros terminen con la discriminación y exclusión de las personas con discapacidad, su objetivo principal es la promoción de la igualdad de oportunidades e integración de personas discapacitadas.

Este instrumento está enfocado en materia de la integración social y autonomía, educación, readaptación funcional e integración económica para lograr que los ciudadanos europeos discapacitados, en especial la población infantil tengan igualdad de derechos, responsabilidades y

acceso a servicios educativos y sanitarios para una intervención oportuna y adecuada.

Manifiesto EURLY AID

Documento que manifiesta que todos los menores que presenten trastornos en su desarrollo deben recibir intervención oportuna a través de Atención Temprana y que esta debe cumplir con ciertos requisitos para que su procedimiento sea eficiente.

López, H. (2011). Detección y Evaluación de Necesidades Educativas Especiales en el Sistema Educativo. Etapas de 0 a 6 años Escuela Infantil y Primer Curso de Primaria. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. España. Recuperado de:

6.6.3.4 Legislación Ecuatoriana

Ley del Ciego (1965) Pionera en la Legislación Latinoamericana

CONAREP Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional (1973) facultada de la formación ocupacional e inserción laboral de personas con discapacidad.

Ley General de Educación (1977) señala que “la Educación Especial es una responsabilidad del Estado.

Unidad de Educación Especial (Abril 1979) otro avance importante del Estado en referencia a la educación de personas con discapacidad.

División Nacional de Rehabilitación en el Ministerio de Salud (18 de Julio de 1980) encargada de la Rehabilitación Funcional.

Ley de Protección del Minusválido (5 de Agosto de 1982) esta Ley contiene disposiciones acerca de la prevención y atención a personas con discapacidad.

Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las discapacidades en el Ecuador CIASDE (1989)

Plan Nacional de Discapacidades (1991) el Instituto Nacional del Niño y la Familia INNFA, los Ministerios de Salud, Educación y Bienestar Social en trabajo conjunto con el CIASDE publican el Primer Plan Nacional de Discapacidades.

II Plan Nacional de Discapacidades (2005) elaborado con la objetivo de prevenir, atender e integrar a personas con discapacidad y mejorar su calidad de vida.

Ley de Discapacidades 180 (1992) reformada a través de la Ley No 2000- 25(26 de septiembre del 2000) esta Ley dispone la creación del Sistema Nacional de Prevención de Discapacidades y de atención e integración de personas con discapacidad

Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS (1993) con la potestad de establecer políticas, sistematizar acciones y dar impulso a la investigación, también con la facultad de sancionar a quienes incumplen con la Ley y discriminen por razones de discapacidad.

Reglamento General de la Ley Reformatoria de la Ley de Discapacidades: Mediante la Ley No 200-25, publicada en el Registro Oficial No 171 del 26 de Septiembre del 2000, se expide la Ley Reformatoria a la Ley de Discapacidades publicada en el Registro

Oficial No 996 del 10 de Agosto de 1992. Este Reglamento considera al Consejo Nacional de Discapacidades como coordinador con entidades públicas y privadas que tengan relación con discapacidades.

Art 4.10 El Ministerio de Salud tiene como responsabilidad establecer un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico funcional, mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidades los recursos y servicios, de manera que reciban una atención integral, individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio cultural.

Art 4.13 Desarrollar programas de promoción de salud de la población, estableciendo servicios de asesoramiento dirigidos a prevenir y atender situaciones de riesgo; especialmente en poblaciones más vulnerables.

Art 4.16 Ampliar en todo el país programas de atención materno infantil relacionados con el crecimiento y desarrollo integral del niño, impulsando programas que ayuden a la prevención del maltrato infantil, y de capacitación y apoyo a las familias en el manejo de niños con riesgo de discapacidad con la asistencia del Ministerio del Bienestar Social, el Instituto Nacional del Niño y la Familia, los Institutos de Seguridad Social y corporaciones municipales y provinciales.

Art 4. 18 Ampliar y reforzar los programas de intervención y estimulación temprana con participación de la familia y la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de riesgo, con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, Instituto Nacional del Niño y la

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

Familia, los Institutos de Seguridad Social y organizaciones no gubernamentales.

Art 5. El Ministerio de educación debe asumir como responsabilidad el establecimiento de un sistema educativo inclusive, para que los niños y jóvenes con discapacidad se integren a la educación general. En los casos que no sea posible, su integración, por su grado y tipo de discapacidad, recibirán la educación en instituciones especializadas, que cuenten con los recursos humanos, materiales y técnicos ajustados a sus necesidades para favorecer el máximo desarrollo posible y su inclusión socio laboral.

Art 5.12 Desarrollar programas de detección, diagnóstico e intervención temprana, en la población escolar, en coordinación con el Ministerio de Salud.

Art 6. 1 Ministerio de Bienestar Social Ejecutar las políticas sociales en beneficio de las personas con discapacidad, para lograr su máximo desarrollo humano.

Ley Orgánica de Discapacidad (25 de septiembre del 2015)
Publicada en el Registro Oficial No 796, esta normativa asegura la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad, así mismo garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Constitución de la República del Ecuador (2008) Registro Oficial 449 del 20 de Octubre del 2008, art.35 y art 44 – 47.

Capítulo tercero

Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35 Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas y personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria, recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art 44 El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto, y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45 Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación, a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

Art. 46 El Estado adoptará medidas que garanticen a niñas, niños y adolescentes, su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Art. 47 El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y de manera conjunta con la sociedad y la familia procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Código de la Niñez y Adolescencia del año 2003

Art. 1.- Finalidad Este código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia, deben garantizar a las niñas, niños y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su

desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de sus derechos, deberes y responsabilidades de las niñas, niños y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio de interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

Art. 7 Niños, niñas y adolescentes, indígenas y afro ecuatorianos.- La Ley reconoce y garantiza el derecho de los niños, niñas y adolescentes de nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos, a desarrollarse de acuerdo a su cultura y en un marco de interculturalidad, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, siempre que las prácticas culturales no conculquen sus derechos.

Art 12 Prioridad Absoluta.- En la formulación y ejecución de la políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.

Se dará prioridad especial a la atención de menores de seis años.

En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes, prevalecen sobre los derechos de los demás.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

Plan Nacional del Buen Vivir del año (2009 – 2013) Objetivo 1

Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad.

Plan Nacional del Buen Vivir del año (2009 – 2013) Estrategia 6/9

Inclusión, protección social solidaria y garantía de los derechos en el marco del Estado Constitucional de Derechos y Justicia.

Plan Nacional Decenal de protección Integral a la Niñez y Adolescencia (Agosto 2004) Encaminado a la elaboración de planes, programas y proyectos dirigidos a la protección de niños, niñas y adolescentes. Este Plan se respalda en el Código de la Niñez y Adolescencia. En la Política de Protección Integral No 1 establece la protección y cuidado de la salud de la mujer en edad reproductiva, mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y posparto, en su Política No 6 para menores de seis años manifiesta su propósito de garantizar el acceso de menores de cinco años a servicios, programas y proyectos de desarrollo infantil con calidad.

Política Pública de Desarrollo Infantil Integral 13 de Octubre del 2012, el Economista Rafael Correa Delgado Presidente Constitucional del Ecuador decreta al Desarrollo Infantil Integral como Política Pública de Estado.

Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades (2013-2017) El Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, por sus competencias legales estipuladas en la Constitución de la República del Ecuador, Sexta transitoria, artículo 156 elaboran la Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades (2013-2017), esta agenda se crea

con la finalidad de cimentar una sociedad inclusiva desde el enfoque de la discapacidad, además, presenta orientaciones de políticas públicas que protejan y aseguren el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad dentro de un marco de igualdad y no discriminación.

Secretaría Técnica de Discapacidades (30 de mayo del 2013) asignada a la Vicepresidencia de la República sus competencias impulsar acciones en beneficio de personas con discapacidad.

En el ámbito normativo nuestro país también se rige por convenios internacionales por discapacidades:

- Normas Uniformes N.N.U.U (1993).
- Declaración de Salamanca UNESCO (1994) Educación para niños, niñas y jóvenes con Necesidades Educativas Especiales.
- Declaración de Managua (1994) Políticas en favor de niños, niñas y jóvenes con discapacidad.
- Declaración de Cartagena (1992) Políticas Integrales para personas con discapacidad y adultos mayores.

6.7 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

6.7.1 Política Pública de Desarrollo Infantil Integral

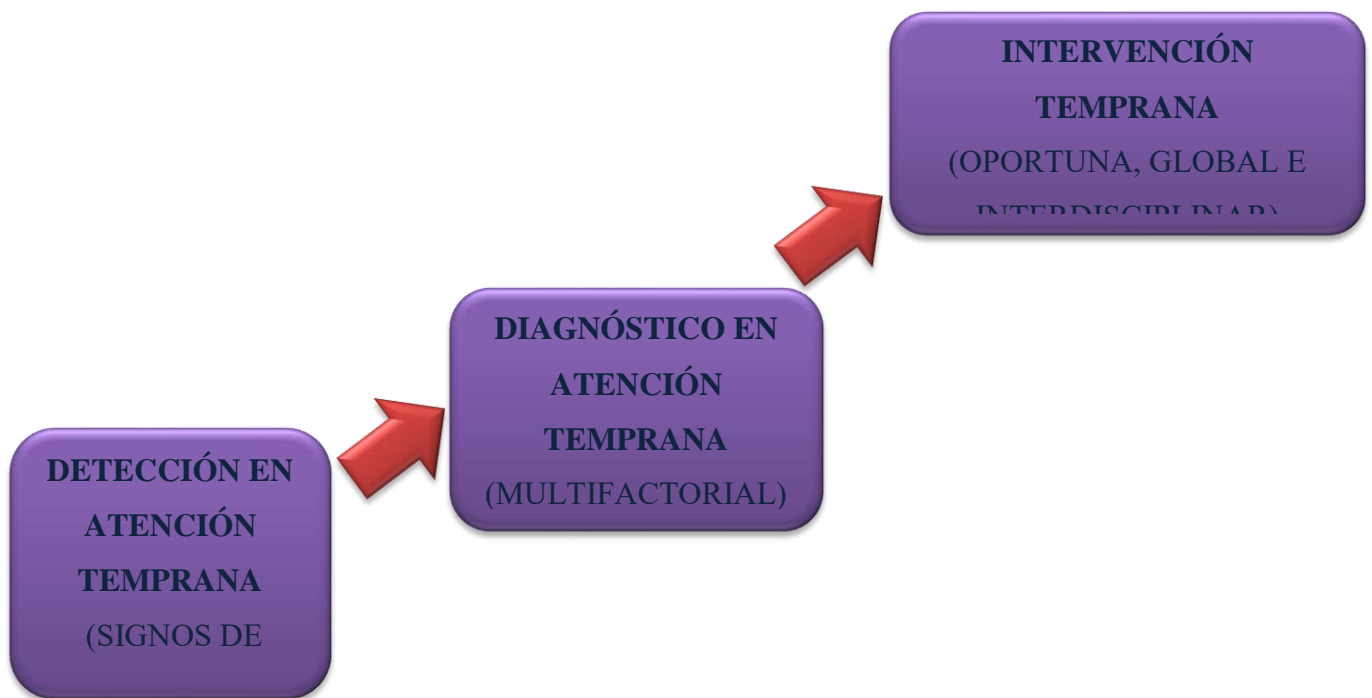
El Economista Rafael Correa Delgado Presidente Constitucional del Ecuador decreta al Desarrollo Infantil Integral como Política Pública de Estado el 13 de Octubre del 2012. Esta Política permite contar con un marco jurídico que ampare y regule la organización y funcionamiento de los Servicios y Programas de Atención Temprana en nuestro país.

Asimismo constan Leyes y Políticas que involucran la atención a personas con deficiencias o que tienen el riesgo de padecerla como las siguientes:

- Constitución de la República del Ecuador (2008)
- Código de la Niñez y Adolescencia (2003)
- Agenda Social de la Niñez y Adolescencia (Julio 2007 -2010)
“Juntos por la equidad desde el principio de la vida.”
- Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004-2014)
- Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia.

6.7.2 Líneas Estratégicas de Acción

El modelo biopsicosocial de la Atención Temprana se basa en la necesidad de establecer líneas estratégicas de acción con los servicios y programas de desarrollo infantil integral dirigidos a menores durante la primera infancia, por ello se establecen tres líneas estrategias que deben estar involucrados en la política pública intersectorial de la primera infancia como lo señala el Plan Nacional del Buen Vivir. El reto de estas líneas estratégicas es articular los servicios de Atención Temprana con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Educación.



6.7.3 Componentes

6.7.3.1 Detección

La detección temprana de trastornos en el desarrollo es esencial, puesto que la plasticidad del Sistema Nervioso es superior en esta etapa de vida del niño/a, se puede intervenir terapéuticamente con eficiencia y eficacia, obteniendo mejores resultados.

El componente más significativo en la detección es la observación de los signos de alerta, para evitar que la presencia de posibles síndromes se afiance de manera más estructurada y permanente.

La observación de signos de alerta debe estar presente todo el tiempo, en aquellas personas que se encargan del cuidado, atención y estimulación de los infantes.

6.7.3.2 Diagnóstico

Con este procedimiento se puede identificar el trastorno en el desarrollo infantil y sus posibles causas, a través de distintas herramientas como son la anamnesis, historias clínicas, Tests estandarizados. Este diagnóstico debe considerar el origen multifactorial del trastorno puesto que la problemática que presenta el niño/a puede estar relacionada con aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y educativos.

El diagnóstico en Atención Temprana debe ser profundo, tomando en cuenta los distintos factores como los genéticos, psico-afectivos, sociales, educativos, culturales, que influyen en la aparición de trastornos en el desarrollo y al mismo tiempo le permitan ejecutar oportuna y adecuadamente el plan de intervención terapéutica.

El componente sustancial del diagnóstico de los trastornos en el desarrollo es su origen multifactorial.

Diagnóstico Funcional.-

Comprende los datos y la información principal de la situación del niño/a, tomando en consideración el ámbito familiar y socio-cultural, determina sus capacidades y su proyección a desarrollarlas. Este Diagnóstico es la base para planificar las estrategias de intervención temprana.

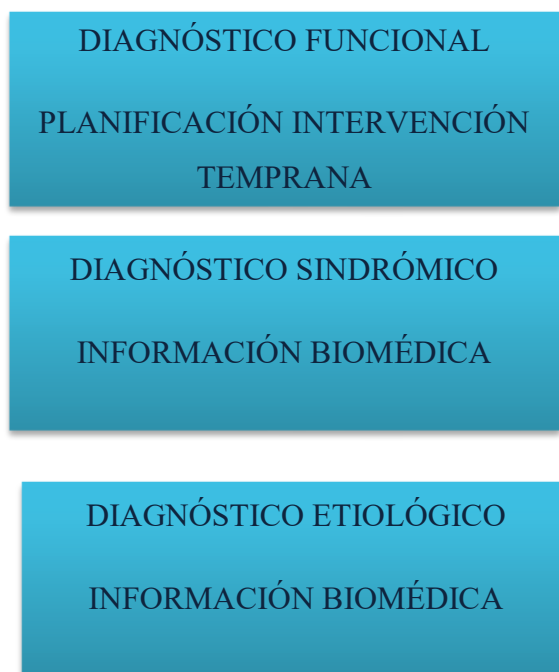
Diagnóstico Sindrómico.-

Se define como el conjunto de signos y síntomas que constituyen una entidad patológica de origen orgánico o ambiental, cuando se

identifica el síndrome se puede establecer la estructura que ha ocasionado el trastorno y en lo posterior determinar el diagnóstico etiológico.

Diagnóstico Etiológico.-

Permite obtener información acerca de la multifactorialidad del origen de los trastornos en el desarrollo



6.7.3.3 Plan de Intervención

La intervención en niños/as con trastornos en el desarrollo o que tienen riesgo de padecerlo debe ejecutarse inmediatamente cuando se detecta algún retraso en su desarrollo, siendo fundamental que este plan de intervención sea realizado por un equipo interdisciplinario, el cual debe integrar a la familia y al contexto en el cual se desenvuelve el

niño/a para comprender sus limitaciones, dificultades y necesidades así como determinar sus capacidades y aprovecharlas al máximo.

Otro factor significativo es la adecuación que debe hacer la familia del entorno del niño/a, de acuerdo a las necesidades físicas, psicológicas y sociales que presentan, para lograr su bienestar biopsicosocial y alcanzar su integración e inclusión social.

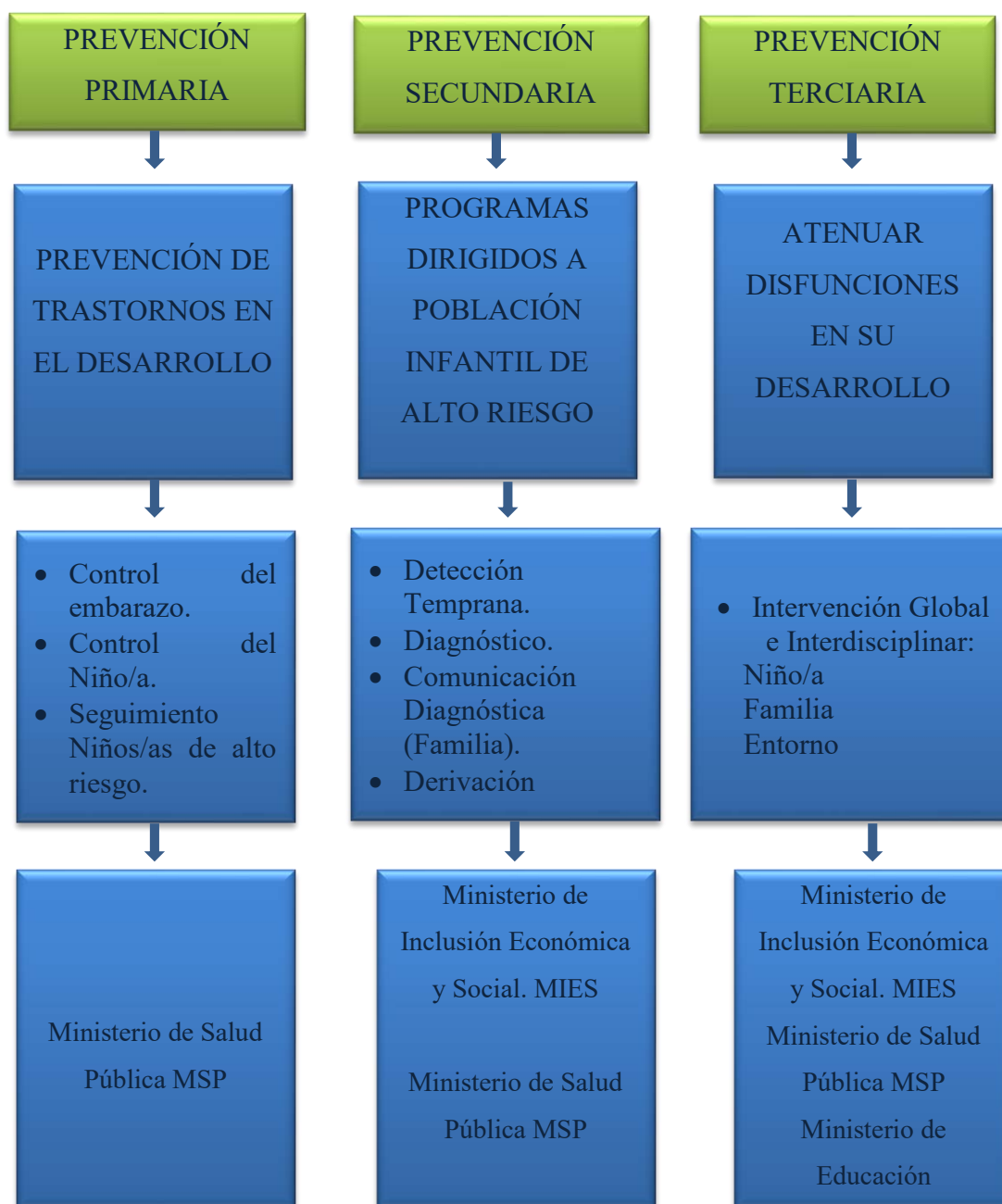
El objetivo del Plan de Intervención temprana se dirige a:

- Atenuar disfunciones en su desarrollo.
- Modificar los factores de riesgo.
- Prevenir trastornos secundarios.

6.7.4 VINCULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN Y LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

La Atención Temprana desde su Modelo Biopsico-social, está vinculado indiscutible y esquemáticamente con los tres niveles de prevención, lo cual permite en cada uno de estos niveles se intente realizar acciones encaminadas a evitar la aparición de trastornos en su desarrollo, detectar y diagnosticar estas posibles alteraciones y la intervención con actividades dirigidas al niño/a, su familia y al entorno.

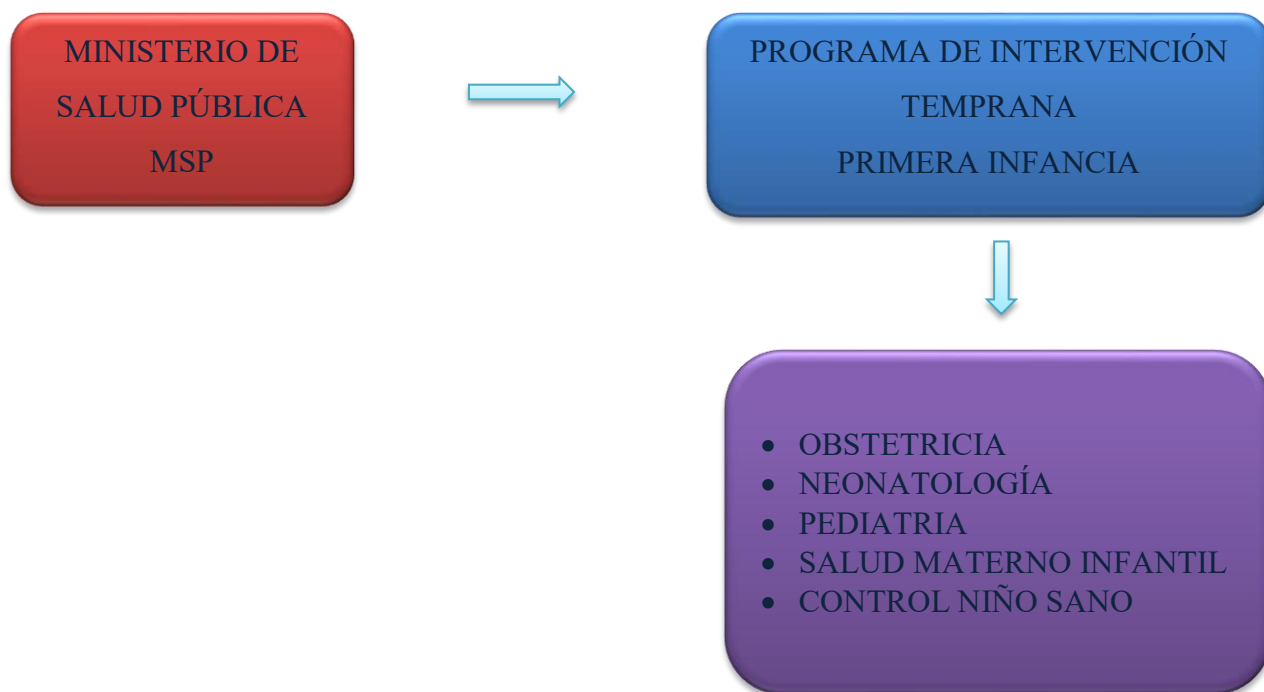
6.7.4.1 VINCULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN Y EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA



Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

6.7.4.2 Competencias de las Entidades del Estado Ecuatoriano en la Prevención de Trastornos en el Desarrollo Infantil y la ejecución de Programas de Intervención Temprana en la Primera Infancia.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de sus Servicios de Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Salud Materno Infantil y Control del Niño/a Sano/a, deben instrumentar programas especiales de prevención dirigidos a la población de riesgo, para evitar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo de los infantes. Por ello es importante que profesionales en Atención Temprana se encuentren incluidos en el equipo interdisciplinario de los Servicios de Salud de nuestro país, para poner en marcha planes, programas y estrategias de intervención temprana, que le permitan a este sector de la población alcanzar su bienestar y mejorar sus condiciones de vida.



El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Educación con sus modalidades de atención a la infancia respectivamente, tienen como competencias atender las necesidades básicas educativas y sociales del niño/a y su familia, así como prevenir situaciones de riesgo social, maltrato infantil, violencia intrafamiliar.

En nuestro caso constituyen nuestra población de intervención los menores de cero a tres años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Comunidad Indígena de Salasaca – Provincia de Tungurahua, que por situaciones adversas biológicas o ambientales presentan trastornos en su desarrollo o deficiencias, a través de la propuesta de innovación planteada en este trabajo de investigación con un enfoque global, interdisciplinar educativo, sanitario, familiar y social, respetuoso de las raíces culturales de esta comunidad.

El programa de intervención plantea un eficiente proceso de derivación de acuerdo a las necesidades que presentan los niños/as con algún tipo de trastorno o deficiencia, su finalidad que el niño/a y su familia reciba la atención adecuada, oportuna y especializada, que permita por un lado aprovechar sus capacidades y por otro potenciar al máximo sus habilidades y destrezas. Al mismo tiempo considera como eje fundamental de la intervención temprana a la familia y a su entorno y no solamente al niño/a como único objeto de intervención.

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.



El Plan de Intervención Temprana intenta responder de manera pertinente a las necesidades que presenta la población infantil desde el momento de su nacimiento.

En esta etapa importante de cero a tres años, en la cual se manifiestan características esenciales en su proceso de crecimiento y desarrollo, es prioritario compensar a través de la estimulación aquellas desviaciones o alteraciones en su desarrollo, que surgieron posiblemente por la influencia de las condiciones adversas ambientales, sociales y económicas que vive el niño/a, las mismas que imposibilitan que alcance un desarrollo óptimo.

El programa de intervención temprana tiene como objetivos fundamentales:

1. Prevención
2. Compensación
3. Integración – Inclusión

6.8 METODOLOGÍA

El programa de Intervención Temprana propuesto en el presente trabajo de investigación, se describe como un programa de intervención global e interdisciplinar dirigido no solamente al niño/a sino también a su familia y a su entorno. Se caracteriza por considerar aspectos trascendentales culturales de la Comunidad indígena de Salasaca, así como factores económicos y sociales en los cuales se desenvuelve esta población.

Intervenir en el curso del crecimiento y desarrollo desde edades tempranas, hace que las posibilidades terapéuticas sean más eficaces y tengan mayor posibilidad de obtener habilidades adaptativas a través de estrategias y recursos adecuados a cada etapa de vida, que respeten su ritmo propio y condición, lo cual conlleva mejorar su calidad de vida, a que tengan igualdad de oportunidades e integración familiar, escolar y social.

En el siguiente cuadro se detalla los pasos previos a seguir para la ejecución del programa de intervención temprana, el mismo que está

enfocado en el niño/a, la familia y su entorno como sujetos activos de intervención.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA MENORES EN
LA PRIMERA INFANCIA DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO Y
AMBIENTAL PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD INDÍGENA DE
SALASACA.**

“Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV – Salasaca”

Intervención en el Niño/a

El carácter de priorización que tiene el niño/ dentro de la intervención temprana, supone grandes desafíos y replantear la atención y cuidados en salud, nutrición, educación y protección social que requiere este sector de la población para desarrollarse plenamente.

La atención prioritaria al Desarrollo Infantil Integral debe darse dentro de un marco que garantice y asegure el ejercicio de los derechos de los menores de tres años, respetuosos de su género, discapacidad en interculturalidad, brindándoles igualdad de oportunidades para mejorar su calidad de vida y el de sus familias, a través de servicios de desarrollo infantil integral, sobre todo a los grupos más vulnerables.

Desde esta perspectiva se propone el Programa de Intervención Temprana para menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la Comunidad Indígena de Salasaca, resultado de este trabajo de investigación, el mismo que se basa en cinco ejes principales para su ejecución:

1. Detección
-

2. Diagnóstico en Salud
3. Diagnóstico Educativo (Compensación Educativa)
4. Derivación
5. Intervención Temprana.

Estos cinco ejes básicos propuestos, deben ser considerados en todos los procedimientos de intervención, los cuáles permitirán que el niño/a tenga un tratamiento adecuado, considerando sus particularidades, necesidades y etapas de desarrollo.

CUADRO No. 43 PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL NIÑO/A

DETECCIÓN	DIAGNÓSTICO EN SALUD	DIAGNÓSTICO EDUCATIVO (Compensación Educativa)	DERIVACIÓN	INTERVENCIÓN TEMPRANA
Hitos y señales de alerta en el desarrollo del niño/a.	Historia Clínica Individual (Anamnesis)	Planificación del Diagnóstico: Organización de la información: <ul style="list-style-type: none"> • Familiar • Escolar • Médica Observación del niño/a - Entorno Escolar.	Normalización de Procesos de Derivación y Atención	Adaptada a su situación emocional y cultural
Riesgo Biológico	Historia de Salud Familiar. Evaluación Física y Exploración Neurológica.	Selección de Instrumentos de Evaluación (Cuestionarios y Entrevistas)	Unidades Especializadas	Procesos de Discusión con los padres sobre el desarrollo de sus hijos/as.

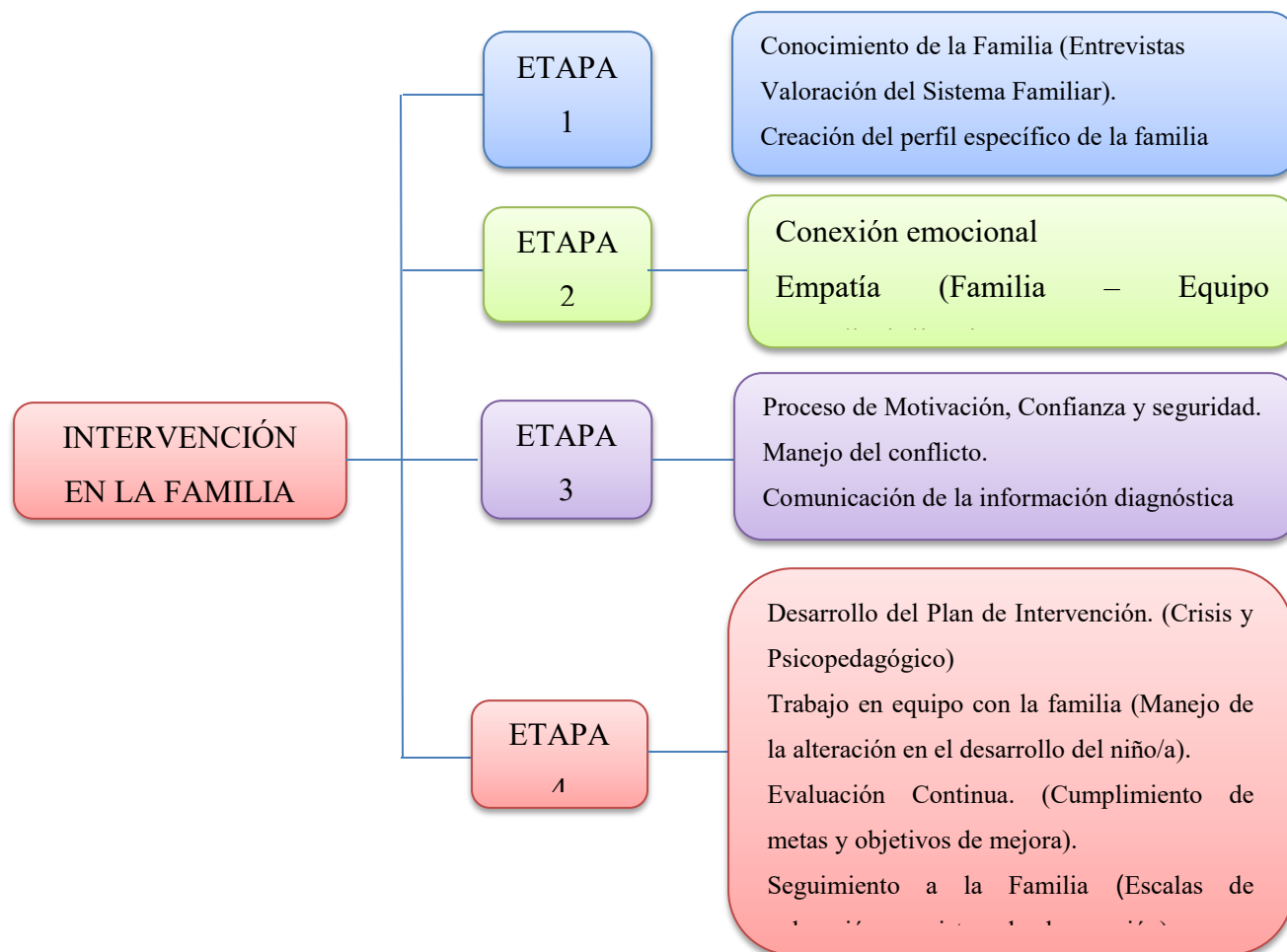
Riesgo Ambiental	Evaluación del Desarrollo (Detectar retrasos del desarrollo y discapacidades.	Aplicación de Instrumentos. Evaluación Psicopedagógica. Recogida de información del evaluado.	Protocolos de Transferencia (Población de Riesgo)	Alto Nivel de Vigilancia del Desarrollo Infantil y posibles señales de alarma. (Profesionales en el ámbito de la Salud y Educación, Padres de Familia)
Patologías Implantadas	Evaluación Diagnóstica Integral (Pruebas genéticas, Neurológicas, Conducta y Desarrollo del Niño/a, Entrevista a Padres)	Calificación e interpretación de resultados	Coordinación Interdisciplinar e Interinstitucional (Servicios Sanitarios, Educativos y Sociales)	Procesos de Monitorización y Seguimiento del Desarrollo de los niños/as.
		Informe del Diagnóstico Pedagógico		Valoración de la integración y nivel de aprendizaje en el CIBV. (Adaptaciones Curriculares).
		Hoja de Derivación		Orientación Familiar Permanente. (Escuela para Padres – Grupos de Apoyo)

Fuente: Elaborado por la Autora. (2014)

“CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR CIBV – SALASACA”

INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA

La familia tiene un papel protagónico en el crecimiento y desarrollo de sus hijos /as, puesto que es el agente educativo que interviene en la formación de la personalidad del niño/a, es también el medio potencial en el cual se implantan las relaciones afectivas y se adquieren normas de comportamiento social. La intervención a la familia en los Centros Infantiles del Buen Vivir se realiza a través de las siguientes etapas:



**“CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR CIBV – SALASACA”
INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO**

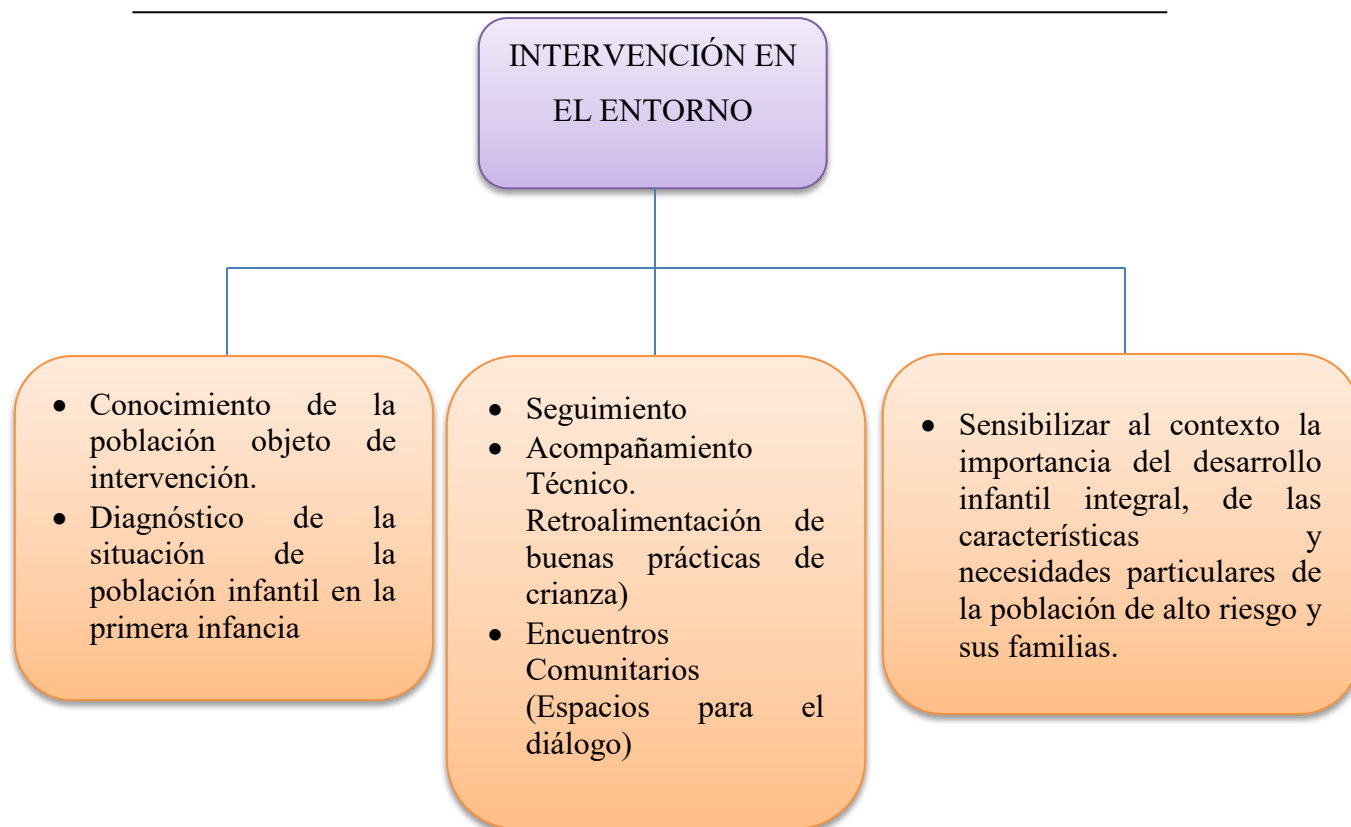
La comunidad se constituye en el primer escenario para la inclusión e integración del niño/a y su familia, en el contexto comunitario se pueden realizar acciones de promoción de planes y programas educativos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de todo el colectivo.

El entorno comunitario tiene una cultura, valores y una realidad que lo identifica, por ello la intervención en este escenario debe darse dentro de un marco de respeto por las costumbres y tradiciones de la comunidad, con ello se lograría una participación más activa de la comunidad, implicándose en los procesos educativos y constituyéndose en espacios ricos de estímulos para la población infantil.

De igual manera son los actores sociales (organizaciones, instituciones, entidades) quienes se convierten en agentes movilizadores de acciones educativas, sociales y económicas que promuevan el desarrollo holístico de la población infantil y sus familias.

La intervención en el entorno debe llevarse a cabo mediante las siguientes estrategias:

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.



6.9 MODELO OPERATIVO

FASES	META	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	TIEMPO
SOCIALIZACIÓN	Socializar con Autoridades de Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, Técnicas de Desarrollo Infantil Y Asistentes de Cuidado Diario, la necesidad de la aplicación del programa de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico y social de cero a tres años que asisten a los CIBV de	Presentación del programa de intervención temprana para menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental.	Investigadora	Computador Proyector de video Documento: Propuesta Metodológica en Intervención Temprana. (Programa de intervención temprana para menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental).	1 semana

	Salasaca.				
PLANIFICACIÓN	Programar actividades que les permita a las Técnicas de Desarrollo Infantil y Asistentes de Cuidado Diario, comprender la importancia de la Evaluación periódica del niño/a y la identificación temprana de posibles trastornos en el desarrollo infantil para la aplicación del programa de intervención temprana.	Desarrollo del Plan de Intervención temprana, el mismo que tiene un enfoque intercultural, rescata y valoriza las pautas de crianza de la comunidad, de sus hogares y de la familia.	Investigadora	Computador Proyector de video Documento: Propuesta Metodológica en Intervención Temprana.	3 meses
EJECUCIÓN	Cumplir eficiente y	Talleres de Capacitación	Investigadora	Computador	Durante

	<p>eficazmente con la realización de la Propuesta metodológica del Programa de intervención temprana para menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental de la Comunidad Indígena de Salasaca, para el fortalecimiento de las prácticas en intervención temprana en la población infantil de la comunidad de Salasaca.</p>	<p>Continúa para el fortalecimiento de estrategias en intervención temprana a niños con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.</p> <p>Dirigidos a personal técnico y operativo (Educadoras – Madres Comunitarias) de los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV – Salasaca.</p> <p>Talleres de Capacitación continua a la familia o cuidadores en el cuidado y atención adecuada del niño/a y en la aplicación de tareas y actividades de refuerzo de estimulación temprana en el hogar. (Mejoramiento de prácticas de estimulación temprana en los hogares).</p>	<p>Profesor del Idioma Kwichua, oriundo de la Comunidad Indígena de Salasaca.</p>	<p>Proyector de video</p> <p>Documento: Propuesta Metodológica en Intervención Temprana.</p> <p>Material Multimedia</p> <p>Recursos Didácticos</p>	<p>todo el año escolar</p>
--	---	--	---	--	----------------------------

		Talleres de Capacitación permanente para el aprendizaje del idioma Kwichua, dirigido a las Técnicas de Desarrollo Infantil de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Salasaca.			
EVALUACIÓN	Valorar a través de instrumentos técnicos los objetivos planteados en el programa de intervención temprana y evaluar las estrategias y acciones tomadas.	Evaluación periódica de la ejecución del programa de intervención temprana para menores en la primera infancia de alto riesgo biológico y ambiental en los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV – Salasaca. Valoración de objetivos y metas planteadas.	Investigadora Técnicas de Desarrollo Infantil.	Instrumentos de Observación, evaluación seguimiento y monitoreo. Registro de Visitas a los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBV – Salasaca. Documento – informe del cumplimiento de Programa de Intervención temprana en los CIBV – Salasaca.	Trimestra I

Elaborado por: Paola Mantilla García (2014)

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- AIEPIR. (s.f.). *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años)*.
- Bayley, N. (2005). *Scales of Infant and Toddler Development* (Third Edition ed.).
- Bruzzo, M., Halperin, E., & Lanci, C. (2010). *Educación Especial Integración en la Escuela*.
- Candel, I. (2001). *Atención Temprana a niños con Síndrome de Down*. Madrid.
- CDES. (2010). *Centro de Derechos Económicos y Sociales*;. Obtenido de El estado del debate sobre la plurinacionalidad en el Ecuador: observatorio.cdes.org.ec/documentos/doc_download/986
- Eming Young, M., & Fujimoto-Gómez, G. (2003). Desarrollo Infantil Temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 85 - 123.
- García Sánchez, F. A., García Mendieta, P., & Castellanos Brazalez, P. (2012). *Universidad de Murcia, Facultad de Educación*. Murcia.
- Grupo de Atención Temprana, G. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid.
-

- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda del Ecuador*. Censo.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una Perspectiva del Ciclo Vital* (Tercera Edición ed.).
- López de Bernal, M. E., & Arango de Narvaez, M. T. (2002). *El desarrollo del niño de 4 a 12 años*. Bogotá, Colombia: Gamma SA.
- Mera, F. (1989). *Monografía Turística del Ecuador*. Monografía, Quito.
- MIES. (s.f.). *SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDADES*. Recuperado el 7 de agosto de 2014, de Ministerio de inclusión Económica y Social: <http://www.inclusion.gob.ec/subsecretaria-de-discapacidades/>
- MIES. (s.f.). *VICEMINISTERIO DE INCLUSIÓN SOCIAL, CICLO DE VIDA Y FAMILIA*. Recuperado el 12 de agosto de 2014, de Ministerio de Inclusión Económica y Social: www.inclusion.gob.ec/viceministerio-de-inclusion-social-ciclo-de-vida-y-familia/
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF. Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.consejodiscapacidades.gob.ec/wpc
- Oppenheimer, R. (1952). *Frases de Robert Oppenheimer*. Recuperado el 10 de agosto de 2014, de akifrases.com: <http://akifrases.com/frase/191548>

- Papalia, D., Wendkos, P., & Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. Mc Graw - Hill interamericana Editores S.A. de C.V.
- Perpiñan, S. (2009). *Atención Temprana y Familia*. Madrid: Narcea S.A.
- Rodríguez, R., Nakamura, M., García, M., Berruecos, C., Solares, M., & Hernández, S. (s.f.). *Contigo es Posible*. Recuperado el 17 de febrero de 2015, de Estimulación Temprana y Evaluación del Desarrollo para el Niño Menor de dos años de Edad : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7703.pdf>
- Ruíz, G. (2015). Diagnóstico funcional en primera infancia: Utilidad y límites de las escalas/tests psicométricos. *DESENVOLUPA La Revista d' Atenció Precoc*(33).

ANEXOS

Anexos 1. ENCUESTAS

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ASISTENTES DE CUIDADO DIARIO

CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBVS).

SALASACA – PROVINCIA DE TUNGURAHUA.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las Asistentes de Cuidado Diario que laboran en los Centros infantiles del Buen Vivir de la Comunidad de Salasaca sobre la privación de estímulos que inciden en el desarrollo infantil.

Indicaciones: Lea detenidamente y marque la respuesta que usted considere.

1 ¿La separación del niño/a con la madre en edades tempranas afecta especialmente en su desarrollo posterior?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

2 ¿La carencia afectiva de parte del padre o la madre retrasa el crecimiento del niño/a, produce estrés, ansiedad y dificulta el aprendizaje?

- a) Si
-

-
- b) No
 - c) A veces

3: ¿El desconocimiento del cuidado y atención al niño/a de parte de los padres al niño/a aumenta las posibilidades que desarrolle enfermedades e infecciones frecuentes ya que sus mecanismos de defensa no funcionan adecuadamente?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

4: ¿Considera Ud. que el cariño, la atención y el afecto que se brinde en los primeros años de vida del niño/a son herramientas fundamentales en la estimulación para su desarrollo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

5: ¿Considera Ud. que los niños/as que viven en condiciones precarias y con mínimos recursos son más propensos a desarrollar enfermedades e infecciones?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

6: ¿Considera Ud. que la presencia de una talla inferior del niño/a en relación a los demás está asociada a la nutrición, al cuidado diario y a la relación afectiva con sus padres?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

7: ¿Considera Ud. que los conflictos emocionales, económicos y sociales alrededor de la crianza del niño dificultan el crecimiento y desarrollo apropiado del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

8 ¿Ud. cree que el ambiente familiar donde predomina el poco interés por el aprendizaje impide que el niño/a desarrolle sus potencialidades genéticas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

9 ¿Cuándo un niño/a se traslada a la ciudad, la cultura incide para que un niño/a se sienta subestimado y no desarrolla sus potencialidades acorde al nuevo contexto?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

10 ¿Los niños/as que carecen de un ambiente rico culturalmente, se convierten en un grupo de riesgo para presentar trastornos de conducta y aprendizaje?

-
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces

11 ¿El medio físico en el que se desenvuelve el niño/a debe brindarle oportunidades para desarrollar actividades de juego, exploratorias y manipulativas que favorezcan su desarrollo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

12 ¿Considera Ud. que el niño/a requiere de espacios amplios, seguros y estimulantes para un mejor desarrollo de sus habilidades, destrezas y capacidades?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

13 ¿El niño privado de interacción con otros niños/as y con déficit de juego social manifiesta problemas en su desarrollo intelectual, lenguaje y socialización?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

14 ¿Considera Ud. que un niño malnutrido puede alterar su aptitud para el aprendizaje y las experiencias sociales?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

15: ¿Considera Ud. que el contexto familiar es el entorno primario para educar a los niños/as?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

16: ¿Considera Ud. que en la crianza de los niños de la comunidad influyen las costumbres y creencias de épocas anteriores, es decir, de abuelos y padres?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

17 ¿Considera Ud. que las creencias, tradiciones y estilos de crianza de los padres limitan la aplicación de técnicas y estrategias actuales para mejorar el desarrollo del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

18 ¿Cree Ud. que un bebé recién nacido podría sobrevivir, aprender a hablar, a comunicarse, a expresar sus necesidades sin la orientación social de padres, hermanos, maestros?

-
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces

19 ¿Considera Ud. que la nutrición y atención médica para los niños de la comunidad es deficiente?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

20 ¿Considera Ud. que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido provoca altos índices de mortalidad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

21 ¿Considera Ud. que en la Comunidad se da más relevancia al trabajo que a la estimulación y educación de los niños/as?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

22 ¿Considera Ud. que afecta a la crianza del niño/a el hecho de que los padres migren a la ciudad por situaciones laborables dejando a sus hijos al cuidado de terceros?

- a) Si

- b) No
- c) A veces

23 ¿Considera Ud. que el contexto cultural tiene impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

24 ¿Considera Ud. que los ingresos familiares limitados generan un contexto social de oportunidades restringidas y dificultades para el crecimiento y desarrollo de los niños/as de la comunidad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

25 ¿Cree Ud. que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad es más común en familias pobres?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

26 ¿Considera Ud. que en los Centros Infantiles del Buen Vivir se les brinda a los niños todos los elementos nutricionales, educativos y de salud que favorezcan su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social óptimo?

- a) Si
-

-
- b) No
 - c) A veces

27 ¿Se involucran las familias en los procesos de estimulación y educación de los niños/as que asisten a los CIBVs a través de un refuerzo de actividades en el hogar?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

28 ¿Ha realizado algún tipo de entrevista personal con los padres que le permita conocer aspectos biológicos y de salud importantes durante el proceso de gestación, parto y desarrollo evolutivo del niño/a que le permitan identificar manifestaciones de alteraciones o retrasos en el desarrollo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A TÉCNICAS DE DESARROLLO INFANTIL

CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBVS) DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA – PROVINCIA DE TUNGURAHUA.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las Técnicas de Desarrollo Infantil que laboran en los Centros infantiles del Buen Vivir de la Comunidad de Salasaca sobre la privación de estímulos que inciden en el desarrollo infantil.

Indicaciones: Lea detenidamente y marque la respuesta que usted considere.

1 ¿La separación del niño/a con la madre en edades tempranas afecta especialmente en su desarrollo posterior?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

2 ¿La carencia afectiva de parte del padre o la madre retrasa el crecimiento del niño/a, produce estrés, ansiedad y dificulta el aprendizaje?

- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
-

3 ¿El desconocimiento del cuidado y atención al niño/a de parte de los padres al niño/a aumenta las posibilidades que desarrolle enfermedades e infecciones frecuentes ya que sus mecanismos de defensa no funcionan adecuadamente?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

4 ¿Considera Ud. que el cariño, la atención y el afecto que se brinde en los primeros años de vida del niño/a son herramientas fundamentales en la estimulación para su desarrollo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

5 ¿Considera Ud. que los niños/as que viven en condiciones precarias y con mínimos recursos son más propensos a desarrollar enfermedades e infecciones?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

6 ¿Considera Ud. que la presencia de una talla inferior del niño/a en relación a los demás está asociada a la nutrición, al cuidado diario y a la relación afectiva con sus padres?

- a) Si
- b) No

c) A veces

7 ¿Considera Ud. que los conflictos emocionales, económicos y sociales alrededor de la crianza del niño dificultan el crecimiento y desarrollo apropiado del niño/a?

a) Si

b) No

c) A veces

8 ¿Ud. cree que el ambiente familiar donde predomina el poco interés por el aprendizaje impide que el niño/a desarrolle sus potencialidades genéticas?

a) Si

b) No

c) A veces

9 ¿Cuándo un niño/a se traslada a la ciudad, la cultura incide para que un niño/a se sienta subestimado y no desarrolla sus potencialidades acorde al nuevo contexto?

a) Si

b) No

c) A veces

10 ¿Los niños/as que carecen de un ambiente rico culturalmente, se convierten en un grupo de riesgo para presentar trastornos de conducta y aprendizaje?

a) Si

-
- b) No
 - c) A veces

11 ¿El medio físico en el que se desenvuelve el niño/a debe brindarle oportunidades para desarrollar actividades de juego, exploratorias y manipulativas que favorezcan su desarrollo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

12 ¿Considera Ud. que el niño/a requiere de espacios amplios, seguros y estimulantes para un mejor desarrollo de sus habilidades, destrezas y capacidades?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

13 ¿El niño privado de interacción con otros niños/as y con déficit de juego social manifiesta problemas en su desarrollo intelectual, lenguaje y socialización?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

14 ¿Considera Ud. que un niño malnutrido puede alterar su aptitud para el aprendizaje y las experiencias sociales?

- a) Si

- b) No
- c) A veces

15 ¿Considera Ud. que el contexto familiar es el entorno primario para educar a los niños/as?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

16 ¿Considera Ud. que en la crianza de los niños de la comunidad influyen las costumbres y creencias de épocas anteriores, es decir, de abuelos y padres?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

17 ¿Considera Ud. que las creencias, tradiciones y estilos de crianza de los padres limitan la aplicación de técnicas y estrategias actuales para mejorar el desarrollo del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

18 ¿Cree Ud. que un bebé recién nacido podría sobrevivir, aprender a hablar, a comunicarse, a expresar sus necesidades sin la orientación social de padres, hermanos, maestros?

- a) Si
-

-
- b) No
 - c) A veces

19 ¿Considera Ud. que la nutrición y atención médica para los niños de la comunidad es deficiente?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

20 ¿Considera Ud. que la falta de atención médica a la madre embarazada o al niño/a recién nacido provoca altos índices de mortalidad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

21 ¿Considera Ud. que en la Comunidad se da más relevancia al trabajo que a la estimulación y educación de los niños/as?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

22 ¿Considera Ud. que afecta a la crianza del niño/a el hecho de que los padres migren a la ciudad por situaciones laborales dejando a sus hijos al cuidado de terceros?

- a) Si
- b) No

c) A veces

23 ¿Considera Ud. que el contexto cultural tiene impacto positivo o negativo en el desarrollo del niño/a?

a) Si

b) No

c) A veces

24 ¿Considera Ud. que los ingresos familiares limitados generan un contexto social de oportunidades restringidas y dificultades para el crecimiento y desarrollo de los niños/as de la comunidad?

a) Si

b) No

c) A veces

25 ¿Cree Ud. que la mortalidad infantil, el abandono, la violencia y el maltrato a niños/as de la comunidad es más común en familias pobres?

a) Si

b) No

c) A veces

26 ¿Considera Ud. que en los Centros Infantiles del Buen Vivir se les brinda a los niños todos los elementos nutricionales, educativos y de salud que favorezcan su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social óptimo?

a) Si

b) No

c) A veces

27 ¿Se involucran las familias en los procesos de estimulación y educación de los niños/as que asisten a los CIBVs a través de un refuerzo de actividades en el hogar?

a) Si

b) No

c) A veces

28 ¿Ha realizado algún tipo de entrevista personal con los padres que le permita conocer aspectos biológicos y de salud importantes durante el proceso de gestación, parto y desarrollo evolutivo del niño/a que le permitan identificar manifestaciones de alteraciones o retrasos en el desarrollo?

a) Si

b) No

c) A veces

Gracias por su colaboración.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A MADRES DE NIÑOS/AS QUE ASISTEN
A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBVS). DE LA
COMUNIDAD INDÍGENA DE SALASACA- PROVINCIA DE
TUNGURAHUA.**

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento que tienen los padres de los niños/as que asisten a los Centros infantiles del Buen Vivir (CIBVS) de la Comunidad de Salasaca sobre la privación de estímulos que inciden en el desarrollo infantil.

Indicaciones: Lea detenidamente y marque la respuesta que usted considere.

1¿Su edad en el periodo de embarazo fue menor o igual a 16 años o mayor a 35 años?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

2¿Durante el periodo de embarazo estuvo expuesta a esfuerzo físico, largas horas de trabajo y presión emocional?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

3¿Durante el embarazo tuvo una alimentación adecuada?

- a) Si
-

-
- b) No
 - c) A veces

4¿Durante el embarazo ingirió algún tipo d bebida alcohólica o drogas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

5¿Durante el embarazo tomó medicación sin prescripción médica?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

6¿Durante el embarazo presentó algún tipo de infección o enfermedad grave?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

7¿Presentó complicaciones durante el embarazo (amenaza de aborto, preclamsia, otros)?

- a) Sí
- b) No
- c) A veces

8¿Durante el embarazo recibió algún tipo de violencia doméstica (física, psicológica)?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

9¿Recibió controles natales permanentes durante el periodo de embarazo?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

10¿Completó los nueve meses de gestación?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

11¿Su parto fue asistido por personal médico?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

12¿Presentó complicaciones durante el parto?

- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
-

13 ¿El niño/a presentó bajo peso al nacer?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

14 ¿Alimentó a su hijo a través de la lactancia materna en su primer año?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

15 ¿Considera Ud. que a través de la lactancia materna se establece el vínculo afectivo entre la madre y el niño?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

16 ¿Durante los primeros años Ud. estuvo al cuidado y protección del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

17 ¿Realiza Ud. en su hogar actividades de estimulación con su hijo/a de forma permanente?

- a) Si
- b) No

c) A veces

18. ¿Considera Ud. que con su nivel de instrucción educativa puede realizar actividades de estimulación en el hogar que le permitan al niño/a desarrollar su potencial?

a) Si

b) No

c) A veces

19. ¿Considera Ud. que su hijo/a está expuesto a situaciones de estrés, maltrato, y carencia afectiva o de estímulos permanentemente?

a) Si

b) No

c) A veces

20. ¿Cuenta su hijo/a con controles médicos periódicos?

a) Si

b) No

c) A veces

21. ¿En los primeros meses de vida del niño/a ha observado alguna anormalidad, desviación o retraso en el desarrollo del niño?

a) Si

b) No

c) A veces

22 ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Ninguna

23. Las relaciones entre los miembros de la familia con el niño son:

- a) Buenas
- b) Regulares
- c) Malas

24. Las relaciones interpersonales dentro del hogar son:

- a) Afectivas
- b) Hostiles
- c) Violentas

25 ¿El nivel de ingreso económico que tiene la familia es?

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

26 ¿Ofrece Ud. los recursos necesarios que el niño/a requiere para que se desarrolle biológicamente?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

27. ¿Cuenta con una actividad laboral estable?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

28. ¿Las actividades laborales a las que usted se dedica son agrícolas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

29. ¿En sus actividades laborales utiliza sustancias químicas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

30. ¿Sus actividades domésticas, agrícolas o laborales dificultan que Ud. disponga del tiempo suficiente para el cuidado de su hijo/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

31. ¿Cuenta su vivienda con servicios básicos y espacios funcionales?

- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
-

32 ¿El ambiente en el que se desenvuelve su hijo en el hogar tiene espacios para juegos, descanso y juguetes que le permitan formar en el niño/a habilidades y destrezas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

33 Su familia está constituida por:

- a) Papá, mamá, hijos
- b) Papá, hijos
- c) Mamá, hijos

34 ¿Dentro de la familia existen personas con malformaciones o discapacidades?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

35 ¿En las relaciones familiares existen demostraciones afectivas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

36 ¿Considera Ud. que su hijo/a está expuesto a situaciones de estrés, maltrato, y carencia afectiva o de estímulos permanentemente?

- a) Si
- b) No

c) A veces

37 ¿Los hábitos alimenticios que tienen en su hogar son los adecuados para el desarrollo del niño?

a) Si

b) No

c) A veces

38 ¿Corrige al niño cuando no se comporta adecuadamente?

a) Si

b) No

c) A veces

39 ¿Demuestra a su hijo/a que es un niño amado a través de palabras y abrazos, mostrando interés por sus cosas, felicitándolo o reconociendo sus logros?

a) Si

b) No

c) A veces

40 ¿En las actividades que realiza con su hijo/a en el hogar predominan las domésticas y agrícolas que las de estimulación?

a) Sí

b) No

c) A veces

41 ¿La forma como Ud. fue criado por sus padres le ha servido para educar a sus hijos?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

42 ¿.En la crianza de su hijo/a Ud. le enseña: costumbres y tradiciones, religión, normas de comportamiento, hábitos de higiene, valores y principios?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

43 ¿El niño pasa la mayor parte del tiempo con sus padres que con otros?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

44 ¿Considera Ud. que la afectividad es un factor importante que le permite al niño/a tener un desarrollo equilibrado en el aspecto físico, emocional y social?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

45 ¿Considera Ud. que las normas de crianza afectan el desarrollo normal del niño/a?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

46 ¿Existe apoyo social del Estado para satisfacer las necesidades básicas del niño y la familia?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

47 ¿Considera Ud. que un niño/a que asiste a Centros de Desarrollo Infantil ayudan a que un niño tenga un desarrollo integral adecuado?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

48 ¿Ha observado cambios positivos en el desarrollo general del niño/a al asistir al CIBV?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Gracias por su colaboración.

Anexo 2 SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
ASNA	Agenda Social de la Niñez y la Adolescencia
AT	Atención Temprana
BDH	Bono de desarrollo humano
BSID	Bayley Scales of Infant Development
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIASDE	Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las discapacidades en el Ecuador
CIBV	Centro Infantil del Buen Vivir
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
CDI	Centros de Desarrollo Infantil
CNH	Creciendo con Nuestros Hijos
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
CONADIS	Consejo Nacional de Discapacidades
CONAREP	Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional
CPV	Censo de Población y Vivienda
DAINA	Dirección de Atención Integral a Niños y Adolescentes
EIFC	Educación Infantil Familiar Comunitaria.
ENIPLA	Estrategias de Erradicación de la Pobreza, Acción Nutrición, Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente
FODI	Fondo de Desarrollo Infantil
GADS	Gobiernos Autónomos Descentralizados
GAT	Grupo de Atención Temprana

Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua.

INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INFA	Instituto de la Niñez y la Familia
INNFA	Instituto Nacional de la Niñez y la Familia
INTI	Intervención Nutricional Territorial Integral
LISMI	Ley de Integración Social del Minusválido
L.O.G.S.E	Ley Orgánica General del Sistema Educativo
MAGAP	Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MIDUVI- BEDE	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda – Banco del Estado.
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Plan Anual de Inversiones
PAPP	Plan Anual de Política Pública
PIB	Producto Interno Bruto
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SNGR	Secretaria Nacional de Gestión de Riesgo
SPNF	Sector Público No Financiero

ORI	Operación Rescate Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia